

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
КАФЕДРА ГОСПІТАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри

»

» _____
протокол № _____

Завідвач кафедри

проф. Крючко Т.О.

НАВЧАЛЬНИЙ ПРЕДМЕТ
ГОСПІТАЛЬНА ПЕДІАТРІЯ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для організації самостійної роботи студентів
VI курсу медичного факультету

ТЕМА: „Аномалії конституції та механізми формування алергічних захворювань у дітей. Атопічний дерматит. Етіопатогенез. Клініка. Діагностика. Диференційна діагностика”.

Кількість навчальних годин – 3 години 30 хвилин.

1. Актуальність теми :

Відомо, що більшість хронічних захворювань дітей та дорослих стартує у дитячому віці, а схильність до їхнього розвитку успадковується. Клінічна реалізація схильності до захворювання відбувається під впливом шкідливих зовнішніх чинників. Своєчасне розпізнавання діатезів, які не проявляються явною нозологічною симптоматикою і не потребують активної терапії, а вимагають лише проведення певних реабілітаційних заходів з усуненням провокуючих факторів, може попередити перехід діатезу у захворювання.

Атопічний дерматит (АД) – хронічне алергічне захворювання, яке виникає у дітей з генетичною схильністю до атопії, має рецидивуючий перебіг, що характеризується ексудативними або ліхеноїдними висипаннями, підвищеним рівнем сироваткового Ig E і гіперчутливістю до специфічних і неспецифічних подразників.

Останнім часом, спостерігається значний зріст захворюваності на АД. В структурі алергічних захворювань він займає 50 – 75 % і складає ¼ хронічних захворювань, що вражають шкіру.

Тому лікарю необхідно чітко знати механізми розвитку, клінічні особливості перебігу та алгоритми адекватного лікування атопічного дерматиту, яке направлене на підтримку довготривалої ремісії.

2. Навчальні цілі :

а) студент повинен знати : $\alpha = II$

- тлумачення поняття “діатези”, „атопічний дерматит”;
- клінічні особливості перебігу діатезів у дітей;
- етіологію атопічного дерматиту;
- робочу класифікацію АД;
- особливості клініки та перебігу АД у дітей в залежності від віку;
- методи діагностики АД;
- принципи лікування та диспансерного нагляду за дітьми з діатезами та хворими на АД.

б) студент повинен уміти : $\alpha = III$

- зібрати сімейний та алергологічний анамнез, провести загальний огляд та системне обстеження дитини з АД;
- скласти план допоміжних обстежень для уточнення діагнозу АД;
- інтерпретувати одержані результати імунологічних досліджень, скарифікаційних тестів;
- провести диференційну діагностику АД з іншими захворюваннями, що супроводжуються синдромом висипки;
- обґрунтувати та сформулювати діагноз АД відповідно до класифікації;
- призначити лікування АД в залежності від ступеню важкості та періоду захворювання, розрахувати дози препаратів;
- оцінити динаміку захворювання, визначити прогноз;
- скласти план диспансерного нагляду за дітьми, хворим атопічним дерматитом;
- проводити заходи профілактики виникнення та загострень АД.

3. Матеріали до аудиторної самостійної роботи.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція :

Дисципліни	Знати	Вміти
Нормальна анатомія	Анатомо-фізіологічні особливості будови шкіри та лімфатичної системи в нормі і при патології	
Гістологія	Особливості морфологічної структури шкіри, підшкірно-жирової клітковини та органів лімфатичної системи	

Патологічна анатомія	Особливості морфологічних змін шкіри при атопічному дерматиті та лімфатичної системи у дітей з лімфатичним діатезом	
Нормальна та патологічна фізіологія	Особливості розвитку алергічного процесу та алергічної відповіді у дітей; механізм дії гіпербаричної оксигенації	Оцінити функціональний стан шкіри
Біохімія	Нормальні значення біохімічних показників сироватки крові, обмін пуринових сполук в організмі	Дати клінічну оцінку змінам біохімічних показників сироватки крові при діатезах та атопічному дерматиті у дітей
Фармакологія	Фармакодинаміку та фармакокінетику антигістамінних препаратів, топікальних кортикостероїдів, ентеросорбентів, імуномодуляторів, адаптогенів, вітамінів, пробіотиків	Призначити адекватне лікування з урахуванням вікових доз. Виписати рецепти на препарати
Імунологія та алергологія	Стан імунологічної системи у дітей в залежності від віку, маркери атопії	Трактувати результати імунологічних досліджень
Пропедевтика дитячих хвороб	Анатомо-фізіологічні особливості та методику дослідження шкіри, підшкірно-жирової клітковини та органів лімфатичної системи у дітей	Цілеспрямовано зібрати анамнез у хворої дитини та її батьків, оцінити дані анамнезу, об'єктивного обстеження, лабораторних та інструментальних методів дослідження при атопічному дерматиті у дітей
2. Внутрішньо-предметна інтеграція	Методи діагностики, клінічні ознаки, диференційні відмінності діатезів і захворювань зі схожою клінічною симптоматикою та атопічного дерматиту і захворювань, які супроводжуються синдромом висипки	Дати клінічну оцінку змінам показників біохімічного дослідження сироватки крові, імунологічних показників провести диференційну діагностику діатезів, атопічного дерматиту, інтерпретувати дані додаткових та інструментальних методів дослідження при діатезах та АД у дитячому віці.

3.2.Зміст теми :

1. Класифікація та критерії діагностики аномалій конституції у дітей.
2. Особливості перебігу діатезів у дітей.
3. Додаткові методи діагностики аномалій конституції.
4. Принципи лікування та догляд за дітьми з діатезами.
5. Класифікація АД у дітей .
6. Критерії діагностики АД у дітей.
7. Особливості перебігу АД у дітей різного віку.
8. Диференційна діагностика атопічного дерматиту за синдромом висипки.
9. Додаткові методи діагностики АД у дітей.
10. Принципи лікування АД у дітей.

Аномалії конституції (діатези) – це різноманітні відхилення від нормального фенотипу, які можуть бути об'єктивно розпізнаними.

Діатез – це схильність організму до захворювань, яка може реалізуватися в захворювання під впливом пошкоджуючих зовнішніх чинників.

Термін „*diatesis*” та його визначення були сформульовані наприкінці XIX – початку XX ст. німецькими авторами Пальтауфом, Ешеріхом і Черні. Аналогом цього терміна в англо – американській літературі є „*Liability*” – лабільність, схильність до захворювань. Маслов М.С. (1926), вивчаючи особливості реактивності, мінливості дитячого організму, вважав різнозначними поняття „діатез” і „аномалія конституції” та визначав до десяти їхніх різновидів. Вельтищев Ю.С. (1984) визначає діатези як різноманітні відхилення від нормального фенотипу, які можуть бути об’єктивно розпізнаними. У сучасному розумінні діатези – це відхилення функціонального стану більшості систем організму, що змінює його адаптивні можливості.

За останні 20 років були отримані патогенетичні пояснення імунологічних, біохімічних, нервово-ендокринних механізмів діатезів, що сприяло перегляду уявлень щодо їхньої сутності та, як результат, призвело до зміни термінів: „ексудативно-катаральний діатез” замінено на „алергічний діатез”, „лімфатично-гіпопластичний діатез” - на „лімфатичний діатез”, а „нервово-артритичний діатез” – на „сечокислий діатез”.

Алергічний діатез – це стан схильності до розвитку алергічних захворювань, можливості їхнього виникнення. Як правило, у дітей з алергічним діатезом виявляється прихована (латентна) або малосимптомна сенсibilізація до atopічних алергенів.

На першому році, частіше спостерігається сенсibilізація до харчових алергенів (коров’яче молоко, яйця, м’ясні навари, риба, мед, цитрусові, морква, полуниця, червоні яблука тощо), значно рідше – до лікарських алергенів (антибіотики, сульфаніламід, новокаїн та інші). У подальшому може сформуватися сенсibilізація до побутових (домашній пил, книжковий пил, перо подушки), пилкових (квіткових, лугових трав, кущів, дерев), хімічних алергенів, а також до алергенів інфекційної природи (бактеріальних, вірусних, грибкових).

Патогенетично можливе формування усіх чотирьох типів алергічних реакцій (за класифікацією Gell і Coombs) – гіперчутливість негайного типу або реакінова, Ig E залежна – алергія, atopія (I тип); комплемент залежні цитологічні реакції (II тип); імунокомплексні реакції за типом феномена Артюса (III тип); гіперчутливість уповільненого типу (IV тип). У переважній більшості дітей з алергічним діатезом спостерігається atopічно змінена реактивність (I тип алергічних реакцій, сенсibilізація до неінфекційних, atopічних алергенів).

Діагностика алергічного діатезу базується на виявленні алергічно обтяженої спадковості, легких транзиторних алергічних реакцій у дитини в анамнезі.

Це частіше шкірні реакції на харчові продукти, вакцини, різкі запахи, медикаменти. При цьому самопочуття і загальний стан дитини не погіршується. Для частини дітей характерною є сухість шкіри з невеликими ділянками лущення, поодинокі себорейні лусочки, еритема на фоні загальної блідості. У інших дітей спостерігається посилене потовиділення, підвищена вологість шкіри, схильність до легкого виникнення запріlostей, пітниць, а також немотивоване нетривале підвищення температури в межах 37,0 – 37,5°C, що пов’язане з недосконалістю терморегуляції. У більшості дітей з таким діатезом відзначається „географічний” малюнок слизової язика, нестійкий апетит, схильність до зригувань і „нестійких” випорожнень (немотивовані проноси, які змінюються закрепамі). Характерною особливістю є частий дизбіоз ротоглотки та кишківника.

Лабораторні зміни: еозинофілія різного ступеню, високий рівень Ig E крові та секретів із зіву, носа, харкотиння, слини; знижений порівняно з віковою нормою рівень Ig A і T- лімфоцитів (переважно за рахунок T- супресорів), підвищена продукція Ig G₄, інтерлейкінів 5 і 10, незначне зниження функції кори наднирникових залоз.

Лімфатичний діатез – характеризується генералізованою гіперплазією лімфоїдних утворень, гіперплазією внутрішніх органів (серця, аорти, статевих, щитовидної та надниркових залоз), дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, лабільністю водно-електролітного обміну, порушенням метаболізму ліпідів і вуглеводів, гіпоімунним станом.

Приблизно у 70% дітей з таким діатезом спостерігається гіперплазія тимуса різних ступенів. Лімфатичний діатез діагностується у 11-17 % дітей, а його класичні прояви особливо чітко виражені у дітей перших 3-7 років.

Діагностика лімфатичного діатезу базується на вивченні спадковості, анамнестичних, об'єктивних і лабораторно-інструментальних даних. У родоводі дітей виявляється обтяжена спадковість за обмінними і хронічними інфекційно-запальними та ендокринними захворюваннями.

Діти визначаються млявістю, апатією, малою рухливістю, схильністю до гіпотензії. Типовими є гіперплазія лімфатичних вузлів і лімфоутворень носоглотки, пастозний *habitus*, блідість, переважно добре розвинена підшкірна жирова тканина, знижений тургор м'яких тканин, недостатньо розвинена і млява мускулатура.

Лабораторні зміни: в крові – постійний лімфоцитом, гіпоімунний стан (зниження кількості Т – лімфоцитів, рівня Ig E, A і M, фагоцитозу).

Сечокислий діатез – це генетично обумовлене порушення обміну речовин, а саме пуринового обміну з надлишковою продукцією сечової кислоти та її синтезаторів, нестійкістю вуглеводного та ліпідного обмінів зі схильністю до розвитку кетозу. Частота цього діатезу у популяції становить 3-5%. Сечокислий діатез належить до аномалій обміну речовин, які успадковуються полігенно.

Проявами даного діатезу можуть бути неврастенічний, спастичний синдроми або превалювання синдрому обмінних розладів.

При переважанні *неврастенічного синдрому* характерною є підвищена збудливість уже в ранньому віці. Діти, дорослішаючи, проявляють підвищену емоційну лабільність, вразливість, тривожність, що пов'язується з гіперурікемією. Водночас гіперурікемія може стимулювати прискорення розвитку розумової діяльності. У дітей при цьому синдромі можуть спостерігатися такі клінічні форми нервно-психічних розладів, як невротичні реакції, неврози та патохарактерологічні реакції. У підлітковому віці проявляються астеноневротичний та психастенічний типи акцентуації; у дівчаток можливе виявлення істероїдних рис характеру.

Спастичний синдром проявляється у вигляді дискінезії різних відділів травної системи, вегето-судинної дисфункції, мігреноподібного головного болю, підвищеної чутливості до зміни метеорологічних факторів.

Превалювання *синдрому обмінних розладів* може проявлятися періодичними ацетонемічним блюванням, нічними болями у суглобах внаслідок кристалізації уратів у внутрішньо-суглобовий рідині.

Реабілітаційні заходи при:

1. *Алергічному діатезі :*

- гіпоалергенна дієта;
- раннє прикладання до грудей матері; при відсутності материнського молока для вигодовування застосовувати гіпоалергенні суміші;
- гіпоалергенний побут;
- раннє виявлення і санація вогнищ інфекції;
- планові профілактичні заходи за індивідуальним графіком;
- медикаментозні засоби (антигістамінні препарати, аскорутін, вітаміни А та Е, препарати кальцію, ферментотерапія, пробіотики).

2. *Лімфатичному діатезі :*

- загальнооздоровчі заходи;
- тривале грудне вигодовування (1-1,5 роки);
- в осінньо-зимовий-весняний період слід призначати полівітамінні комплекси, а вітаміни А та Е призначаються додатково 2-3 тижневим курсом ще у червні та вересні; щоквартально 2-3 тижневий курс одного із рослинних стимуляторів (елеутерокок, ехінацея) і двічі на рік двотижневий курс одного із біогенних стимуляторів (дібазол, метілураціл та ін.); дітям до 3 років призначаються

препарати кореня солодки протягом 2-3 місяців з метою усунення дисфункції ендокринної системи.

3. Сечокислому діатезі:

- дотримання відповідної дієти, особливо до 8-10 річного віку (обмеження надходження до організму пуринових сполук);
- охоронний режим;
- періодичне застосування фітотерапії (кореня валеріани, трави собачої кропиви, плодів і квітів глоду, трави м'яти, меліси);
- щоквартально доцільно призначати 10 - денний курс вітаміну В6, а двічі на рік – у поєднанні з вітамінами А та Е, у відповідному віковому дозуванні.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ.

При первинному попаданні в організм дитини антиген захоплюється антигенпрезентуючими клітинами (макрофагами, В-лімфоцитами, дендритними клітинами) і перетравлюється. Під впливом лізосомальних ферментів з нього утворюються пептиди, які занурюються в пептидні борозенки головного комплексу гістосумісності.

Як відомо, існують три типи Т-хелперів – Th0, Th1, Th2:

- Th0-типу диференціюються на Th1 і Th2 типи;
- Th1-типу відповідальні, переважно, за клітинний імунітет і продукують ІЛ-2 та γ -інтерферон;
- Th2-типу продукують ІЛ-4 (В-клітинний стимулюючий фактор), головна функція якого полягає в перемиканні синтезу ІgG1 на синтез ІgG4 та ІgE; ІЛ-5 (еозинофільний фактор); ІЛ-9, який підвищує функцію ІЛ-10, пригнічує функцію Th1.

При народженні дитини в нормі переважає функція Т-хелперів 2 типу. В подальшому, під впливом бактеріальних та вірусних антигенів відбувається переорієнтація імунної відповіді з підсиленням функції Т-хелперів 1 типу.

Розвиток алергічних реакцій в організмі пов'язаний з переважанням функції Т-хелперів 2 типу.

За Адо (1970), справжня алергічна реакція – це процес, що складається з 3 послідовних стадій:

- 1) Імунна стадія, в якій алерген викликає утворення імуноглобуліну Е.
- 2) Патохімічна стадія – розвивається при повторному попаданні алергену, під час якої алерген поєднується з фіксованими на клітинах ІgЕ, активує клітини-мішені з вивільненням великої кількості прозапальних біологічно активних речовин.
- 3) Патофізіологічна стадія – характеризується порушенням функціонування клітин та тканин під впливом медіаторів алергії, зовнішнім проявом якого є клінічні симптоми захворювання.

Всі реакції гіперчутливості поділяються на:

- ранні алергічні реакції негайного типу, що розвиваються на протязі 15-20 хв. після контакту з антигеном;
- пізні (відстрочені) – розвиваються через 4-6 год.;
- алергічні реакції уповільненого типу, розвиваються на протязі 48-72 год.

Загальне визнання отримала класифікація алергічних реакцій за Gell та Coombs (1975):

Тип I – реакції, в основі яких лежить взаємодія антигену зі специфічними ІgЕ, пов'язаними з рецепторами на мембранах тучних клітин та базофілів крові.

Тип II – цитотоксичні реакції, обумовлені взаємодією антитіл з антигенними компонентами клітин і тканин, або антигенами і пептидами, що тісно пов'язані з клітинами і тканинами.

Тип III – реакції, обумовлені відкладенням в судинах або тканинах розчинних циркулюючих комплексів.

Тип IV – реакції гіперчутливості уповільненого типу, обумовлені сенсibiliзованими Т-клітинами після їх контакту з антигеном.

Ранні реакції гіперчутливості негайного типу пов'язані з виділенням з тучних клітин та базофілів периферичної крові гістаміну, триптази, простагландину D2, лейкотрієну. Головними клінічними проявами даних реакцій є, наприклад, напад бронхоспазму при бронхіальній астмі.

Пізні реакції гіперчутливості негайного типу обумовлені вивільненням прозапальних цитокінів з еозинофілів, фібробластів, епітеліальних клітин, підвищенням експресії адгезивних клітин та розвитком запалення, що супроводжується набряком, гіперсекрецією, зниженням прохідності бронхів і підвищенням їх реактивності.

ПСЕВДОАЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ

Ряд захворювань можуть мати псевдоалергічну основу. При псевдоалергії відсутня перша - імунна стадія реакції, як пусковий механізм, але є наступні стадії – патохімічна та патофізіологічна.

Виділяють 3 головні механізми розвитку псевдоалергічних реакцій, які найбільш часто зустрічаються в дитячому віці:

1. Гістаміновий:
 - гістаміноліберуючий (виникає під дією факторів, що викликають вивільнення біологічно активних речовин з тучних клітин);
 - гістамінопекуючий (пов'язаний зі зниженням інактивації гістаміну; зустрічається у дітей раннього віку, при захворюваннях ШКТ);
 - надходження екзогенного гістаміну (можливо з їжею, медикаментами);
 - пов'язаний з дизбактеріозом (умовно-патогенна мікрофлора збільшує утворення біологічно активних речовин).
2. Пов'язаний з неадекватним підсиленням активації класичного і альтернативного шляхів комплементу (наприклад, ангіоневротичний набряк).
3. Пов'язаний з порушенням метаболізму жирних кислот, перш за все, арахідонової кислоти та продуктів її метаболізму.

Критерії диференційної діагностики справжньої алергії та псевдоалергії

Ознака	Справжня алергія	Псевдоалергія
Наявність імунної стадії реакції	Обов'язкова	Відсутня
Алергічні захворювання в сімейному анамнезі	Часто	Рідко
Залежність від дії конкретного алергену	Є	Немає
Кількість алергену, що викликає реакцію	Мінімальна	Відносно велика
Залежність між дозою алергену та ступенем вираженості реакції	Немає	Є
Моно- і поліалергія		
Виникнення реакції при послідовним введенні алергену	Частіше моно-алергія	Частіше поліалергія
Шкірні тести з алергенами	Виникає при повторному введенні	Реакції може не бути
Рівень загального Ig E	Звичайно позитивні	
Ефективність терапії	Значно або помірно підвищений Ефективна СІТ	Частіше негативні В межах норми СІТ не проводиться. Неспецифічне лікування захворювань ШКТ, застосування антигістамінних та антилібераторів

Продукти харчування та медикаменти, які мають гістаміноліберуючу дію

Продукти харчування	Харчові добавки	Медикаменти
Консервації Копченості Квашені та мариновані продукти Кава, какао, шоколад Цитрусові Риба і рибні продукти Томати і капуста Горіхи, гриби, ін.	Барвники Приправи Ароматизатори Консерванти Антиокисники	Папаверін Атропін НПЗС Йодвмісні препарати Бромвмісні препарати Антибіотики пеніцилінового ряду Поліміксин Наркотичні препарати Вітаміни групи В Ро-контрастні препарати Препарати, що містять жовчні кислоти Кровозамінники

Продукти харчування, що містять гістамін: ферментативні сири, сирокопчені ковбаси, полуниця, томати, бобові, квашена капуста, шоколад, какао, лісові горіхи та ін.

ДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ.

I етап – збір алергологічного анамнезу:

- встановлення алергічної природи захворювання, нозологічної форми;
- попереднє виявлення етіологічно-значимого алергену;
- виявлення факторів ризику (спадковість, вплив навколишнього середовища);
- виявлення супутньої патології;
- виявлення у хворого інших алергічних захворювань;
- виявлення побутових факторів;
- встановлення зв'язку загострення з іншими захворюваннями;
- виявлення професійних шкідливостей;
- встановлення зв'язку з прийомом їжі;
- оцінка клінічного ефекту від протиалергічного лікування.

II етап – клініко-лабораторне обстеження.

III етап – шкірні тести: шкірні, скарифікаційні, тест-уколом, внутрішньошкірні.

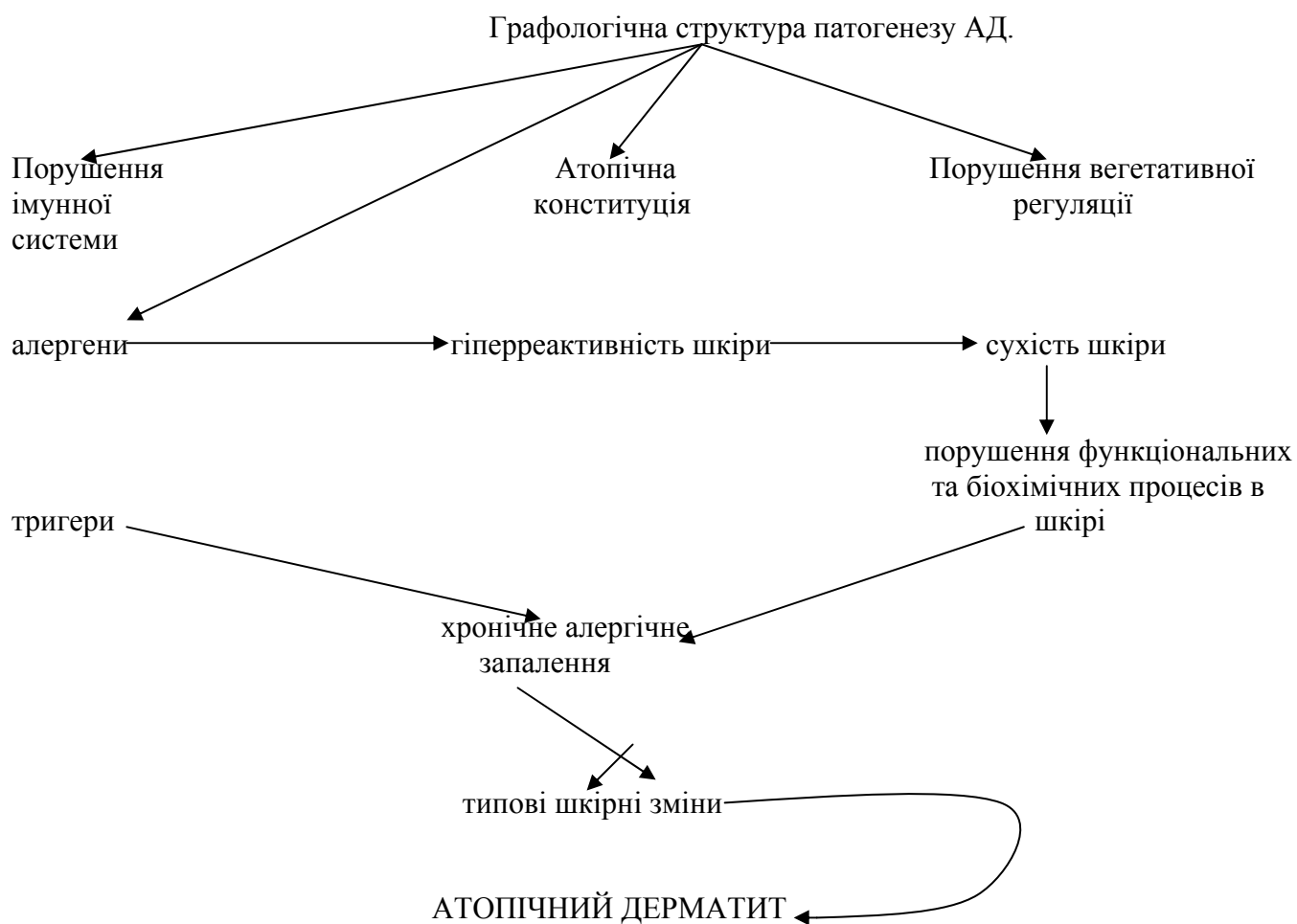
Протипоказання для проведення шкірного тестування:

- 1) період загострення алергічного або іншого супутнього захворювання;
- 2) гострі інфекційні захворювання;
- 3) туберкульоз, віраж туберкулінових проб;
- 4) декомпенсовані захворювання печінки, серця, нирок;
- 5) захворювання крові, онкологічні, системні та аутоімунні захворювання;
- 6) період лікування антигістамінними, мембраностабілізуючими препаратами, гормонами;
- 7) судомний синдром, нервові та психічні хвороби;
- 8) вік до 3 років;
- 9) анафілактичний шок, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лайєла в анамнезі.

Класифікація атопічного дерматиту

Стадії розвитку, періоди і фази захворювання	Клінічні форми в залежності від віку	Розповсюдженість	Тяжкість перебігу	Клініко – етіологічні варіанти
Початкова стадія	Ексудативна (від 2 міс до 2 років)	Обмежений	Легка	З переважанням : • харчової; • кліщової;
Стадія виражених змін (період		Розповсюджений	Середня	

загострення рецидиви): <ul style="list-style-type: none"> • гостра фаза; • хронічна фаза. Стадії ремісії : <ul style="list-style-type: none"> • неповна (підгострий перебіг) • повна 	дитяча (від 2 до 12 років) еритематозно-сквамозна, з ліхеніфікацією підліткова (із 12 років) ліхеноїдна, пруригінозна	Дифузний	Тяжка	<ul style="list-style-type: none"> • грибкової; • пилкової алергії З вторинним інфікуванням
--	--	----------	-------	---



Критерії діагностики атопічного дерматиту

Великі (обов'язкові) критерії діагностики	Малі (додаткові) критерії діагностики
<ul style="list-style-type: none"> • пруріго (свербіж) при наявності навіть типових проявів АД на шкірі • типова морфологія і локалізація • індивідуальна або сімейна історія атопічного захворювання • хронічний рецидивуючий перебіг 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищений рівень загального і специфічних Ig E – антитіл • початок захворювання в ранньому дитячому віці (до 2 років) • гіперлінеарність долонь • pityriasis alba (білісуваті плями на шкірі обличчя, плечового пояса) • фолікулярний гіперкератоз • лущення і кератоз; іхтіоз • неспецифічні дерматити рук і ніг

	<ul style="list-style-type: none"> • часті інфекційні враження шкіри • білий дермографізм • свербіж при підвищеному потовиділенні • складки на передній поверхні шиї • темні плями навкруг очей
--	--

Диференційна діагностика атопічного дерматиту

проводиться з наступними захворюваннями:

- себорейний дерматит;
- контактний дерматит;
- мікробна екзема;
- рожевий лишай;
- scabies;
- синдром Віскотта-Олдріча (дерматит, тромбоцитопенія, рецидивуючі інфекції кишечника та респіраторної системи);
- синдром гіперімуноглобулінемії Е - синдром Джоба (високий рівень загального Ig E, атопічний дерматит, рецидивуючі інфекційні процеси);
- спадкові порушення обміну триптофану.

Диференційний діагноз

Ознака	Атопічний дерматит	Контактний алергічний дерматит	Себорейний дерматит
Локалізація	Типові місця	В місцях найбільшої експозиції етіологічного фактора	Ділянка груднини, між лопатками, вздовж хребта, шкіра обличчя, носогубні складки, брови, волосяна частина голови
Морфологічний характер ураження	Потовщення шкіри і ліхеніфікація з еритемою; екзематозні (папуло-везикулярні) елементи у дітей	Екзематизація, потовщення і ліхеніфікація тільки в хронічній стадії	Дрібні крапкові фолікули, вузлики жовто-рожевого кольору, покриті жирними сіро-жовтими лусочками, злиття вузликів в бляшки
Вік дебюту	Частіше в ранньому дитячому	Частіше з 20 до 50 років	Період статевого дозрівання і у дорослих
Сімейний алергологічний анамнез	Часто	Рідко	Рідко
Анамнез	Бронхіальна астма, алергічний риніт, інші алергічні захворювання	Алергічних захворювань не було	Вугрі, жирна шкіра
Свербіж	+++	+	±

Напрямки лікування атопічного дерматиту

1. Дієтотерапія та заходи щодо контролю зовнішнього середовища.
2. Системна фармакотерапія:
 - антигістамінні препарати;
 - мембраностабілізуючі препарати;
 - препарати, що нормалізують функцію органів травлення;

- вітаміни;
 - імуномодуючі препарати;
 - препарати, що регулюють функцію нервової системи;
 - препарати, що містять ненасичені жирні кислоти;
 - антибіотики;
 - системні кортикостероїди (за спеціальними показаннями).
3. Місцева терапія
 4. Реабілітація

Місцева терапія

1. Лікування гострих проявів atopічного дерматиту: примочки та барвники (при ексудації), топічні кортикостероїдні препарати.
2. Усунення бактеріальної інфекції (топічні антибіотики, антибіотики з кортикостероїдами – дипрогент, целестодерм – В з гараміціном).
3. Усунення грибової та змішаної інфекції (тридерм, діпросалік).
4. Відновлення пошкодженого епітелію.
5. Відновлення базисної функції шкіри (імунотропні засоби).
6. Покращення мікроциркуляції в осередках інфільтрації та ліхеніфікації (аплікації озокериту, парафіну та глини).
7. Зменшення сухості шкіри (поліненасичені жирні кислоти).
8. Зменшення зневоднення шкіри (гідратуючі засоби).

Загальні правила призначення топічних ГКС у дітей:

- Стероїди призначаються тільки в гострій і/або хронічній фазах захворювання і не використовують для профілактики atopічного дерматиту.
- Використовують препарати, тільки з урахуванням особливостей шкіри дітей.
- Перевагу віддавати препаратам з високою ефективністю і безпекою, що володіють пролонгованою дією (1 раз на добу).
- Перевагу віддавати коротким інтермітуючим курсам, а не довготривалому безперервному застосуванню. Максимальний курс до 14 днів.
- Максимально можлива площа для лікування топічними стероїдами не більше 20% поверхні тіла.
- Проводити “тандем – терапію” 1 раз на день – стероїд, 2 раз – індиферентна мазь.
- Правило відміни топічних ГКС: 1 раз в день – 7 днів, потім 1 раз через 2, 3, 4, 5... днів.
- Використання при необхідності комбінованих форм (діпрогенат, тридерм, діпросалік, целестодерм – А з гараміціном).
- Вибір медикаментозної форми залежить від локалізації і стадії процесу (крем – при гострій та підгострій фазі, мазь – при підгострій та хронічній, лосьйон – при ураженні шкіри волосистої частини голови та волосся).

3.3.Рекомендована література :

Основна

1. Дитячі хвороби / За ред. Сидельнікова В.М., Бережного В.В. /, - Київ, „Здоров’я”. – 1999. – с.195-225
2. Медицина дитинства / За ред. Мощича П.С./, Київ, Здоров’я, 1999.
3. Госпітальна педіатрія / СміянІ.С., Майданник В.П./ Навчально-методичний посібник для медичних вузів. – Тернопіль-Київ, 1997.
4. Дитячі хвороби /Бережний В.В./ Київ, Здоров’я, 1999.
5. Детские болезни / Под. ред. П.П. Шабалова / . – Санкт – Петербург, Москва – 2003. – с. 184 – 211
6. Лекційний матеріал
7. Методичні рекомендації за даною тематикою

Додаткова

1. Атопический дерматит у детей. Современные подходы к диагностике и лечению. / Под. ред. проф. В. В. Бережной / . – Киев, 2001.- с. 184 – 211

2. Аллергические болезни у детей / Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. – «Медицина», - 1998. - с.188-213
3. Ласица О.И., Акоюн А.З. Распространенность аллергических заболеваний в г. Киеве по унифицированной методике ISAAC // Укр. медичний часопис. - 1999. - №3. - С. 21-24.
4. Общая аллергология. Т.1. Под ред. Г.Б. Федосеева. – Санкт-Петербург: «Нордмед-Издат», 2001г., 816с.
5. Частная аллергология. Т.2. Под ред. Г.Б. Федосеева. – Санкт-Петербург: «Нордмед-Издат», 2001г., 464с.
6. Клиническая иммунология и аллергология. Под ред. Г. Лолора-младшего, Т.Фишера и Д. Адельмана. Пер. с англ. – М., Практика, 2000. – 806с.
7. Казмирчук В.Е., Дранник Г.Н. Клиническая иммунология с аллергологией детского возраста. – К. – 1999. – 163с.
8. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. – М.: Издательство «Триада - X». – 1999. – 470с.
9. Москаленко В.Ф., Яшина Л.О. Стан і перспективи алергологічної служби в Україні // Астма та алергія. – 2002. – №1. – С.5 – 7.

3.4.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою по темі : „Аномалії конституції. Атопічний дерматит у дітей.”

Основні завдання	Вказати	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори виникнення АД у дітей	спадковий анамнез; алергічні фактори : харчові, побутові, епідермальні, грибкові. неалергенні : психоемоціональні навантаження, метеорологічні, табачний дим, харчові добавки.
2. Клініку	Назвати основні клінічні ознаки та особливості АД	пруріго, типова морфологічна локалізація, індивідуальна або сімейна історія атопічного захворювання, хронічний рецидивуючий перебіг
3. Діагностику	Дати перелік основних методів діагностики АД у дітей	лабораторне дослідження : підвищений рівень загального і специфічного IgE
4. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики АД у дітей	себорейний дерматит, контактний дерматит, мікробна екзема, рожевий лишай, короста
5. Лікування	Скласти типову схему лікування хворого з АД	- гіпоалергенна дієта - гіпоалергенний побут - антигістамінні - мембраностабілізатори - імуномодулятори - топікальні кортикостероїди

3.5.Матеріали самоконтролю :

А. Питання для самоконтролю:

1. Назвати фактори виникнення аномалій конституції у дітей;
2. Класифікація аномалій конституції у дітей;
3. Назвіть основні діагностичні критерії діатезів у дітей;
4. Назвати фактори виникнення АД;

5. Класифікація АД у дітей;
6. Назвіть критерії діагностики АД у дітей;
7. Охарактеризуйте схему діагностики SCORAD;
8. З якими захворюваннями необхідно провести диференційний діагноз при АД у дітей ?
9. Перерахуйте загальні принципи лікування АД.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Дитина 12 років хворіє на АД з грудного віку. Яка група препаратів найменш прийнята для лікування даної хвороби ?

- а) гіпосенсибілізуючі;
- б) антигістамінні;
- в) седативні;
- г) імуномодулятори;
- д) не стероїдні протизапальні.

Еталон відповіді : д

2. Дитина 5 років, що хворіє на atopічний дерматит скаржитися на свербіж в ділянках згинальних поверхонь кінцівок та висипку. З анамнезу відомо, що дитина знаходилась на штучному вигодовуванні, мала алергічний діатез. Об'єктивно: загальний стан не порушений, на згинальних поверхнях верхніх кінцівок спостерігається еритематозна висипка, зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. Яка клінічна форма та тяжкість АД у дітей ?

- а) Дитяча , тяжка;
- б) Підліткова, легка;
- в) Дитяча, легка;
- г) Малюкова, легка.

Еталон відповіді : в

3. Етіологічним фактором розвитку АД є харчова алергія. Які харчові продукти мають найбільш високу алергізуючу активність ?

- а) Коров'яче молоко, яйця, шоколад;
- б) Яблука зеленого та жовтого кольору;
- в) Зелені огірки;
- г) Кукурудза;
- д) Свинина, картопля.

Еталон відповіді : а

В. Задачі для самоконтролю:

1. Дитину 9 років госпіталізовано з вогнищевими змінами в складках шкіри. Дитина неспокійна, шкіра суха, з окремими папульозними елементами і ділянками ліхеніфікації з нечіткими краями. Висипка на шкірі супроводжується сильним свербіжем. Покращення стану дитини відмічається в літні місяці, погіршення - взимку . Дитина з 2 міс – на штучному вигодовуванні, перенесла алергічний діатез. Бабуся по лінії матері хворіє на бронхіальну астму. Який найбільш імовірний діагноз?

Еталон відповіді : Атопічний дерматит , дитяча форма , середньотяжкий перебіг.

1. Дитину 6 років госпіталізовано до алергічного відділення з дитячою формою АД середньотяжким перебігом.

Яке лікування необхідно призначити дитині ?

Еталон відповіді: антигістамінні препарати, мембраностабілізатори, зовнішньо ГКС, препарати, що містять поліненасичені жирні кислоти.

4. Матеріали для аудиторної самостійної роботи

4.1. Перелік навчальних практичних завдань :

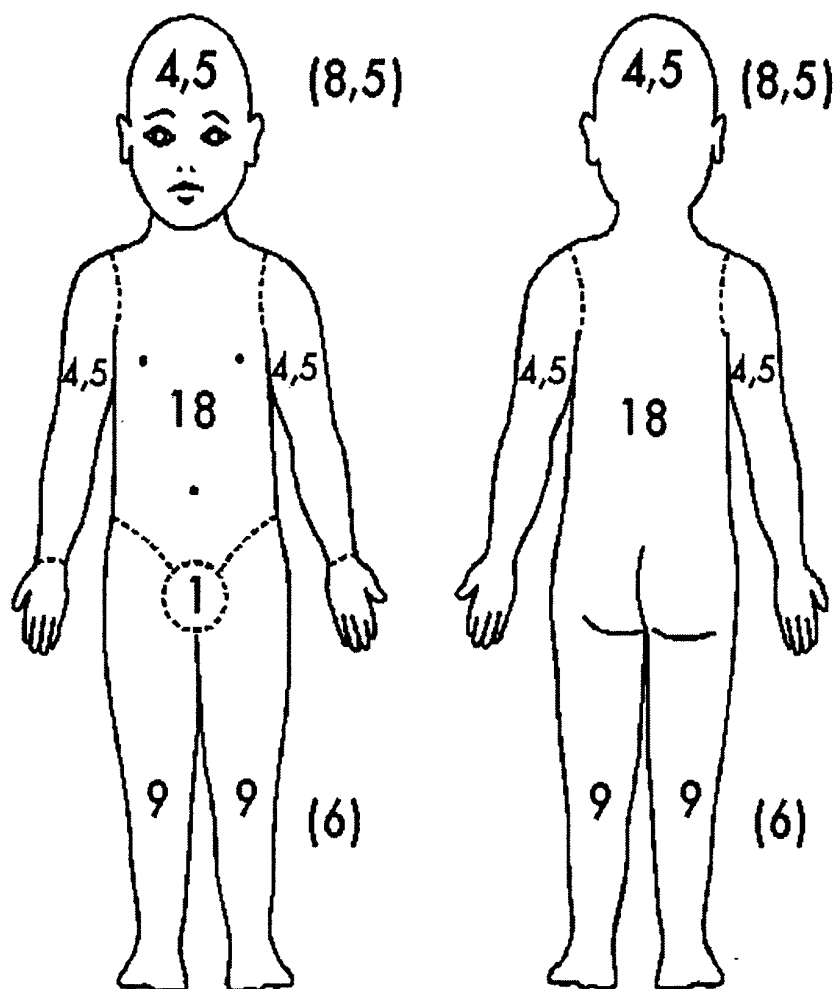
- провести курацію дітей з atopічним дерматитом;
- провести диференційну діагностику АД за синдромом шкірного висипу;
- ознайомитися з методикою алергологічного обстеження (проведення скарифікаційних проб);
- провести обстеження дитини з АД за системою SCORAD, оцінити ступінь важкості;

- оволодіти методикою складання харчового щоденника;
- скласти алгоритм лікування хворого з АД в залежності від ступеню важкості перебігу захворювання;

4.2. Професійні алгоритми :

Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження що до самоконтролю
<p>Оволодіти методикою оцінки ступеню важкості АД за системою SCORAD</p>	<p>SCORAD включає комплексну оцінку трьох інформаційних блоків: поширеність шкірних проявів, їх інтенсивність та суб'єктивні симптоми.</p> <p><u>Поширеність</u> оцінюється за правилом “дев'ятки” (за одиницю прийнята площа долонної поверхні кисті). На малюнку представлені числа, які відповідають тій чи іншій частині поверхні шкіри, в дужках – для дітей до двох років.</p> <p><u>Інтенсивність</u> клінічних проявів АД оцінюється по шести симптомам: еритема, набряк / папула, кірки / мокнуття, ексориації, ліхеніфікація, сухість шкіри. Ступінь вираженості (інтенсивності) кожного симптому оцінюється по 4х – бальній шкалі:</p> <p>0 – симптом відсутній; 1 – слабо виражений; 2 – виражений помірно; 3 – виражений різко.</p> <p>Сухість шкіри оцінюється візуально та пальпаторно поза ділянками з гострими проявами АД і ліхеніфікацією. Симптом ліхеніфікації оцінюється у дітей старше двох років.</p> <p>На оціночний листок виноситься інтенсивність кожного симптому в балах, бали додаються. Інтенсивність може бути оцінена в діапазоні від 0 (шкірні прояви відсутні) до 18 балів (максимальна інтенсивність).</p> <p><u>Суб'єктивні симптоми</u> – свербіж та порушення сну, яке пов'язане з шкірними висипами і свербіжем. Ці ознаки оцінюються у дітей старше семи років при умові розуміння батьків принципу оцінки. Пацієнту або його батькам пропонується вказати точку в межах 10 – сантиметрової лінійки, яка відповідає вираженості свербіжу і порушенню сну в середньому за останні три доби. Кожен суб'єктивний симптом оцінюється в діапазоні від 0 до 10 балів; бали додаються. Сума балів може коливатись від 0 до 20.</p> <p>Розрахунок індексу SCORAD проводиться за формулою: $A/5 + 7B/2 + C$, де A – сума балів поширеності враження шкіри; B – сума балів інтенсивності проявів симптомів АД; C – сума балів суб'єктивних симптомів (свербіж, порушення сну).</p> <p>Модифікований індекс SCORAD:</p>	<p>Оцінка симптому проводиться на ділянці шкіри, де цей симптом максимально виражений. Одна і ця ж ділянка шкіри може бути використана для оцінки інтенсивності будь-якої кількості симптомів.</p> <p>Загальна сума заокруглюється з точністю до 5 балів і може складати від 0 (відсутність шкірних проявів) до 96 (для дітей до двох років) в 100 (для дітей старше двох років і дорослих) при тотальному враженні шкіри.</p> <p>Для I ступеню активності шкірного</p>

	<p>$A/5 + 7B/2$ використовується у дітей старше 7 років або коли не можливо провести оцінку суб'єктивних симптомів.</p> <p>Показник індексу SCORAD може коливатись в діапазоні від 0 (немає проявів враження шкіри) до 103 балів (максимально виражені прояви АД)</p>	<p>процесу сума балів складає в межах 20; II ступінь – від 20 до 40 балів; III ступінь – більше 40 балів.</p>
--	--	---



А. Поширеність
В. Інтенсивність

Площа враження в %
Загальний бал

Критерії	Вираженість (бал.)
Еритема	
Набряк/папула	
Кірки/мокнуття	
Екскоріації	
Ліхеніфікація	
Сухість шкіри	

Спосіб розрахунку
Вираженість ознаки:
0 – відсутня,
1 – слабо,
2 – помірно,
3 – сильно.

С. Суб'єктивні симптоми (свербіж+порушення сну)

Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження що до самоконтролю
Ведення харчового щоденника	<p>Показання: атопічний дерматит</p> <p>Місце виконання: лікувально-профілактичні заклади та в домашніх умовах</p> <p>Заведи щоденник, фіксуючи основні графи. В першій графі записуй продукти, які вживала дитина протягом дня. В інших графах фіксуй наявність (або відсутність) реакцій на харчові продукти.</p> <p>Обмеж енергетичну цінність їжі за рахунок легкозасвоюваних вуглеводів (каші, цукор, киселі). Обмеж вживання солі. Виключи з раціону облігатні алергени (яйця, рибу, коров'яче молоко, м'ясні бульйони, каву, какао, мед, ікру, шоколад, горіхи, ягоди, фрукти, овочі, напої червоного та оранжевого забарвлення).</p>	<p>Для того, щоб дізнатися, які продукти харчування викликають у дитини загострення захворювання</p> <p>Пам'ятай, що гіпоалергенна дієта – запорука успішного лікування дітей з атопічним дерматитом</p>

Зразок:

Харчовий щоденник

Ім'я та прізвище дитини _____

Вік _____

Діагноз _____

Харчові продукти	Прояви на шкірі	Частота та характер випорожнень	Зміни з боку органів дихання

4.3. Навчальні задачі, тести $\alpha = III$

1. Що у перерахуванні критеріїв буде відноситися до великих критеріїв діагностики АД ?

- підвищений рівень загального і специфічного IgE;
- гіперлінеарність долонь;
- фолікулярний гіперкератоз;
- типова морфологія, хронічний рецидивуючий перебіг;
- лущення, ксероз, іхтіоз.

Еталон відповіді: г.

2. Дитині 3 міс, необхідно провести ревакцинацію АКДС. З анамнезу відомо, що дитина хворіє на АД. Об'єктивно: на шкірі тулуба незначні висипи.

Якою буде тактика лікаря ?

Еталон відповіді : Провести ревакцинацію АКДС на фоні антигістамінного препарату, який призначають протягом 3-5 діб до і 3-5 діб після вакцинації.

3. Дитина 3 років. Скарги на підвищення температури тіла до 39⁰С, сверблячку шкіри, зниження апетиту, висипку. Хворіє протягом 4х днів. При огляді шкіра бліда, на волосистій частині голови, обличчі, тулубі, кінцівках поліморфна висипка: плями, папули, везікули, кірочки, пустули. Сформулюйте діагноз. Проведіть диференційну діагностику з атопічним дерматитом.

Еталон відповіді: Вітряна віспа, типова, середньотяжкий перебіг. Атопічний дерматит, на відміну від вітряної віспи, хронічне захворювання з періодами загострення та ремісії і протікає без симптомів інтоксикації. Висипи, як правило, папульозного характеру, на гіперемованому фоні, можуть спостерігатися кірочки, екскоріації, ліхеніфікація.

4. У дитини 2х років загострився атопічний дерматит. В якій дозі їй слід призначити кларитин?

- 5 мг 2 рази на добу
- 10 мг на добу
- 5 мг на добу
- 1 мг на добу

д) 20 мг на добу

Еталон відповіді: а.

5. Які із перерахованих препаратів відносяться до антигістамінних II покоління?

- а) акривастин
- б) супрастин
- в) лоратадин
- г) цетиризин
- д) телфаст
- е) фенкарол
- є) астемізол
- ж) ебастин
- з) дімедрол

Еталон відповіді: а, в, г, є, ж.

6. Дитину віком 3 міс у зв'язку з маститом у матері з 3-го тижня годували донорським молоком. У 2,5 міс у харчування введено суміш “Малиш”. Незважаючи на ретельний догляд, у дитини з'явилося стійке почервоніння в складках шкіри. Через 5-6 днів на щоках і підборідді – сверблячі ділянки гіперемованої шкіри, різко відмежовані від нормальної шкіри, а згодом – ексудат, що підсихає до кірочки та струпів. Дитина неспокійна, стала погано спати. Який найбільш імовірний діагноз?

- а) стафілодермія;
- б) лімфатико-гіпопластичний діатез;
- в) нервово-артритичний діатез;
- г) гостра кропив'янка;
- д) ексудативно-катаральний діатез.

Еталон відповіді: д

7. Дитину госпіталізовано з вогнищевими змінами в складках шкіри. Дитина неспокійна, шкіра суха, з окремими папульозними елементами і ділянками ліхеніфікації з нечіткими краями. Висипка на шкірі супроводжується сильним свербіжем. Покращення стану дитини відмічається в літні місяці, погіршення – взимку. Дитина з 2-х місяців на штучному вигодовуванні, перенесла ексудативний діатез. Бабуся по лінії матері хворіє на бронхіальну астму. Який найбільш імовірний діагноз?

- а) атопічний дерматит;
- б) кропив'янка;
- в) строфулюс;
- г) себорейна екзема;
- д) алергічний контактний дерматит..

Еталон відповіді: а

5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи

1. Підготувати реферат на тему: “Роль грудного способу вигодовування немовлят у профілактиці виникнення атопічного дерматиту”.
2. Зробити доповідь на студентській конференції по темі “Сучасні аспекти лікування атопічного дерматиту у дітей”.

Методичну рекомендацію склала:
асистент кафедри ТКАЧЕНКО О.Я.