



Оксана Іванівна МАЦЮРА,
докторка медичних наук, професорка кафедри педіатрії № 2
ДНП «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького»

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ШКІРНИХ АЛЕРГОЗІВ У ТЕПЛУ ПОРУ РОКУ

Останні десятиліття характеризуються стрімким зростанням алергічних захворювань у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 30-40% населення мають ті чи інші прояви алергії, і значна їх частка проявляється саме на шкірі [7, 25]. Шкірні алергози суттєво впливають на якість життя, знижують працездатність, порушують сон і спричиняють психологічний дискомфорт, особливо в дітей [1, 8].

Під терміном «шкірні алергози» розуміють групу захворювань, які виникають унаслідок патологічної імунної відповіді на різні екзо- чи ендоалергени з домінуючими шкірними проявами [26]. Вони являють собою різні за клінічною картиною алергічні ураження шкіри, що розвиваються через уроджену підвищену чутливість або сенсibilізацію організму до алергенів (харчові, побутові, трави, дерева, грибки, медикаменти тощо) [14].

Шкіра – це великий і складний орган, який населений уродженими й адаптивними імунними ефекторними клітинами. Ці імунні клітини забезпечують критично важливу першу лінію захисту від патогенів, але генетичні фактори та фактори довкілля можуть призвести до неадекватної передачі сигналів, що може проявлятися як гіперчутливість [5]. Важливо вчасно діагностувати та правильно лікувати захворювання, щоб усунути патологічні прояви, запобігти розвитку ускладнень і можливій хронізації процесу.

У проведенні диференційної діагностики шкірних алергозів можна виділити дві основні групи захворювань: наявність алергічного компонента (I) або ж вплив інфекції чи інших чинників (II).

I. Наявність алергічного компонента:

- харчова алергія;
- atopічний дерматит;
- контактний дерматит;
- кропив'янка;
- ангіоневротичний набряк;
- інсектна алергія;
- медикаментозні висипи (токсико-алергічні дерматози);
- фотодерматити.

II. Вплив інфекції чи інших чинників:

- вірусні інфекції з ураженням шкіри (герпетична, вітрянка, кір, інфекційна еритема, синдром «рот – руки – стопи»);
- бактеріальні інфекції шкіри (стрепто- та стафілодермії);
- інші види дерматитів (пелюшковий, себореїний);
- інші чинники (ліхен, іхтіоз, короста) [2].

Розвиток шкірних алергозів зумовлений поєднанням генетичної схильності (атопія) та впливу тригерів, якими можуть бути харчові продукти (білок коров'ячого молока, яйце, горіхи, риба); лікарські засоби (антибіотики, нестероїдні протизапальні препарати, вакцини); інгаляційні алергени (пилки, кліщі домашнього пилу, шерсть тварин); контактні агенти (нікель, латекс, косметика, мийні засоби); інфекційні фактори (вірусні, бактеріальні) [4]. У теплу пору року додатковими провокувальними чинниками можуть бути вплив сонця (фоточутливість, фотосенсibilізація), укуси комах [19].

Рік у рік зростає частота алергічних реакцій, які виникають через підвищену чутливість імунної системи до зазвичай нешкідливих речовин у довкіллі [3]. Аналізуючи основні причини «алергічної» епідемії у світі, можна виділити такі фактори:

- погіршення стану довкілля;
- нераціональне харчування;
- стресові навантаження;
- безконтрольне застосування медикаментів;
- пасивне й активне паління [22, 24].

У патогенезі провідну роль відіграють реакції гіперчутливості I-IV типів з активацією опасистих клітин, еозинофілів, вивільненням гістаміну,

цитокінів і формуванням запального процесу [16, 24].

ЗАГАЛЬНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ШКІРНИХ АЛЕРГОЗІВ

Шкірні алергози мають широкий спектр проявів, але для них характерні типові клінічні ознаки, що зумовлені алергічним запаленням та імунними реакціями.

- Свербіж (pruritus). Найпостійніший і найвиснажливіший симптом. Посилюється вночі, порушує сон, знижує якість життя. Призводить до розчухування та вторинного інфікування.
- Еритема (почервоніння шкіри). Результат вазодилатації та запалення. Може бути локалізованою (контактний дерматит) або генералізованою (кропив'янка, медикаментозні висипи).
- Висипання: макули, папули, уртикарії, везикули. Мають схильність до швидкої еволюції та поліморфності.
- Локальний набряк (наприклад, у ділянці губ, повік, кінцівок).
- Лущення та сухість шкіри (ксероз). Часто спостерігається при atopічному дерматиті. Є наслідком порушення бар'єрної функції шкіри.
- Ерозії, кірки, тріщини. Виникають унаслідок розчухування або вторинної бактеріальної/грибкової інфекції. Особливо характерні для дітей з atopічним дерматитом.
- Хронічні зміни: ліхеніфікація (потовщення шкіри, посилення шкірного малюнка), гіпо- чи гіперпігментація після висипу.

- Супутні симптоми: печіння, біль у ділянці висипів.
- Системні прояви: підвищення температури тіла, слабкість, у тяжких випадках – генералізовані реакції [9, 18, 23].

Загалом для шкірних алергозів характерна тріада: свербіж + еритема + висипання (уртикарний чи екзематозний тип).

ДІАГНОСТИКА

Оцінювання клінічних симптомів, зважаючи на вік дитини, характеристику висипань (елемент, локалізація, свербіж), тривалість патологічних проявів [11].

Клінічний анамнез (зв'язок симптомів із прийманням їжі, ліків, контактом з речовинами). Ретельно зібраний анамнез і проведення кореляції з наявними симптомами є основою в установленні діагнозу [17].

Шкірні алергопроби (prick-тести, patch-тести) [21].
Лабораторні дослідження: рівні загального та специфічних IgE [20].

■ Диференційна діагностика шкірних алергозів

У таблиці подано диференційну діагностику шкірних алергозів з огляду на етіологію [5, 9, 27].

ЛІКУВАННЯ

- Елімінаційні заходи – уникнення алергенів.
- Фармакотерапія:
– антигістамінні II покоління та їхні активні метаболіти [6, 10, 12];

ТАБЛИЦЯ. Диференційна діагностика шкірних алергозів

Клінічні та параклінічні ознаки хвороби	Алергічної етіології	Інфекційної етіології
Обтяжена спадковість щодо алергічних хвороб	Дуже часто	Нечасто
Позалежені алергічні прояви	Часто	Рідко
Стійкий рецидивний характер захворювання	Характерний	Не характерний
Одноманітність клінічних проявів	Характерна	Не характерна
Зменшення та зникнення клінічних проявів при виключенні підозрюваного алергену	Так	Ні
Підвищення температури тіла	Зазвичай немає	Зазвичай є
Поведінка дитини	Збудженість, гіперактивність, балакучість	Млявість, стомлюваність
Апетит	Незмінений	Знижений
Особливості аналізу крові	Можлива еозинофілія (частіше в підгострий період або в ремісії)	Ознаки вірусного або бактеріального захворювання
Ефективність від призначеної антибактеріальної терапії	Немає	Може бути добрий ефект
Ефективність від приймання антигістамінних препаратів	Добра	Відсутня або помірна
Позитивні тести алергологічної діагностики	Так	Ні
Рівні загального та специфічних IgE в сироватці крові	Часто бувають підвищені	Переважають в межах норми

- топічні засоби для відновлення шкірного бар'єра й усунення подразнення;
- топічні кортикостероїди й інгібітори кальциневрину [27];
- системні кортикостероїди (короткі курси при тяжких формах) [13].

- Догляд за шкірою – регулярне застосування емолієнтів, відновлення шкірного бар'єра [8].
- Алергенспецифічна імунотерапія в разі виявлення високих показників сенсibiliзації до певних алергенів у пацієнтів віком понад 5 років з дермато-респіраторними алергозами [27].

H₁-антигістамінні препарати широко використовуються для лікування симптомів, що залежать від вивільнення гістаміну, при різних станах. Однак у дослідженнях постмаркетингового нагляду повідомлялося про неврологічні побічні реакції та на сьогодні існує обмежена кількість літературних джерел про препарати нового покоління з реальних наборів даних.

Пріоритетним у виборі фармакологічного лікування є вивчення профілю ефективності/безпеки. Численні дослідження довели, що дезлоратадин покращує якість життя, забезпечуючи повноцінний сон і покращуючи денну активність, не чинить седативного ефекту та може використовуватися в немовлят із 6-місячного віку. Оригінальний препарат дезлоратадину Еріус® – це активний метаболіт II покоління антигістамінних препаратів, який відповідає основним вимогам міжнародних протоколів EAACI/GA²LEN/EDF/WAO й ARIA до антигістамінних засобів, ефективно контролює симптоми алергії протягом 24 годин. Доступними для вибору є сиропова та таблетована форми дезлоратадину (Еріус®), що важливо для формування рекомендацій з урахуванням віку й індивідуальних особливостей пацієнтів [10, 15].

Топічним засобом для відновлення шкірного бар'єра й усунення подразнення є Бепантен® Сенсідерм, який містить чотири різні зволожувачі (хумектанти):

- пантенол (вітамін B₅) – зволожує шкірний бар'єр і забезпечує оптимальні умови для природного процесу регенерації шкіри;
- гліцерин – підтримує утримання води та тривале зволоження;
- пентилєнглiкoль – вологозв'язувальний агент;
- натрію піролідонкарбонат – природний зволожувальний фактор.

Унікальна формула крему Бепантен® Сенсідерм, що виготовлений за ліпідно-ламелярною технологією (Lipid Lamellar Technology™), дає змогу зв'язуватися з ліпідами пошкодженої шкіри, безпечно відновлюючи шкірний бар'єр, запобігаючи втраті води та проникненню алергенів, подразників і патогенів, полегшуючи інтенсивність свербіжів [14, 26].

ПРОФІЛАКТИКА

Первинна – грудне вигодовування, догляд за шкірою зволожувальними засобами (як-от Бепантен®), мінімізація впливу тютюнового диму та забруднення повітря.

Вторинна – своєчасне лікування загострень, уникнення тригерів, контроль факторів ризику, впровадження освітніх програм для пацієнтів з метою покращення перебігу хвороби й досягнення вищої якості життя та стабільності на психоемоційному рівні [25].

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК № 1

Пацієнтка Софія, 17 років.

Скарги на висипання на ногах і руках (рис. 1), помірний свербіж.

Анамнез хвороби. Захворіла гостро. Симптоми виникли вранці після 2 діб перебування в заміському будинку.

Діагноз. Інсектна алергія. Укус постільного клопа.



Рис. 1. Зміни на шкірі на момент звернення

Особливості висипань, характерні для укусу клопа:

- маленькі червоні ущільнення та папули;
- свербіж: майже всі укуси клопів спричиняють свербіж. Ступінь може варіюватися від легкого до сильного;
- розташування: укуси клопів можуть з'явитися майже на будь-якій частині тіла, проте найчастіше вони виявляються на відкритих ділянках шкіри, як-от руки, шия, обличчя та ноги;
- лінійне або групове розташування: часто укуси розташовуються в ряд або групою. Це відбувається тому, що клоп може вкусити кілька разів, переміщаючись шкірою;
- відсутність центральної точки: на відміну від укусів деяких інших комах, як-от москіти, в укусах клопів

зазвичай немає центральної «точки» або ямки в центрі ущільнення.

Лікування:

1. Еріус® 5 мг – 1 таблетка 1 раз на день.
 2. Топічний комбінований засіб (гідрокортизон + неоміцин + натаміцин) 1 раз на добу (обід) 3 дні з переходом на Бепантен® Сенсідерм 2 рази на добу (ранок, вечір) до повного загоєння.
 3. Утилізація старого матраца.
 4. Санітарна обробка тварин на дачі.
- На 7-му добу лікування пацієнтка повністю одужала (рис. 2).



Рис. 2. Зміни на шкірі на 7-му добу лікування

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК № 2

Пацієнтка Вікторія, 15 років.

Скарги на момент надходження: висипання по всьому тілу (рис. 3), виражений свербіж, дратівливість, порушення сну.



Рис. 3. Зміни на шкірі на момент звернення

Анамнез хвороби. Захворіла за 6 тижнів до надходження в стаціонар. Висипання повторюються

практично щоденно. Батько звертався до сімейного лікаря, за призначенням якого дитина отримувала дексаметазон, антигістамінні препарати I та II поколінь.

У переліку проведених обстежень виявлено:

- загальний аналіз крові – еозинофілія (11%);
- IgE – 345 МО/мл (вікова норма – до 100 МО/мл);
- антитіла IgG до борелії (*Borrelia burgdorferi*) – 29,17 U/ml (>14 – позитивний результат);
- антитіла IgM до борелії (*Borrelia burgdorferi*) – 86,27 U/ml (>17 – позитивний результат).

Діагноз. Хронічна кропив'янка. Хвороба Лайма.

Лікування:

1. Доксикаклін 100 мг – 1 таблетка 1 раз на день 2 тижні.
2. Еріус® 5 мг – 1 таблетка двічі на день 10 діб з переходом на 1 таблетку раз на день 1 місяць.

На 3-тю добу висипання почали помітно регресувати й повністю зникли на 5-ту добу. Періодично з'являлися на кілька хвилин після приймання душу (вплив фізичного чинника) ще впродовж наступних 12 днів.

Спостереження за дівчинкою проводилося в динаміці впродовж 18 місяців. Після застосованого курсу лікування висипання не повторювалися жодного разу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК № 3

Пацієнтка Анна, 43 роки.

Скарги на гіперемію на обличчі, свербіж (рис. 4).



Рис. 4. Зміни на шкірі на момент звернення

Захворіла гостро після перебування на активному сонці (садила квіти, голова була покрита хустиною).

Анамнез. 2 тижні тому мала пневмонію, отримувала ципрофлоксацин 500 мг 2 рази на добу 5 днів. Упродовж 3 місяців приймає комбіновані ліки для корекції тиску – еналаприл 10 мг + гідрохлоротіазид 12,5 мг.

Аналіз медичних препаратів з фотосенсибілізуючим ефектом:

- антибіотики (фторхінолони, котримоксазол, тетрацикліни, аміноглікозиди, сульфаніаміди, ліки проти туберкульозу);

- трициклічні антидепресанти (амітриптилін);
- препарати для лікування цукрового діабету (глібенкламід, глімепірид);
- препарати для хіміотерапії (дакарбазин, фторурацил, метотрексат, вінбластин);
- сечогінні (фуросемід, тіазиди – входять до складу комбінованих ліків проти тиску);
- ліки проти аритмії (аміодарон);
- протизапальні (кетопрофен);
- засоби для лікування вугрів (ізотретиноїн).

Пацієнтка використовувала фторхінолони та сечогінні препарати, які могли дати фотосенсибілізаційний ефект.

Діагноз. Фотодерматит.

Лікування:

1. Бепантен® крем тричі на день на проблемні ділянки.
2. Уникання активної інсоляції та перебування на сонці з 12-ї до 15-ї години.

3. Подальше застосування сонцезахисного крему (SPF 50+).

4. Еріус® 5 мг – 1 таблетка 1 раз на добу 10 днів.

ВИСНОВКИ

Шкірні алергози залишаються серйозною медико-соціальною проблемою. Сучасний підхід базується на ранній діагностиці, комплексному лікуванні та багатодисциплінарній співпраці лікарів.

Антигістамінні препарати II покоління та їхні активні метаболіти є універсальними засобами для контролю свербіжів при шкірних алергозах. Оригінальний дезлоратадин (Еріус®) має високий профіль безпеки й ефективності для різних вікових груп пацієнтів.

Перспективи розвитку лікування шкірних алергозів пов'язані з активним упровадженням біологічної терапії й індивідуалізованої медицини.

Література

1. Af Klinteberg M., Winberg A., Andersson M., Rönmark E., Hedman L. Decreasing prevalence of atopic dermatitis in Swedish schoolchildren: three repeated population-based surveys. *Br. J. Dermatol.* 2024 Jan 23; 190 (2): 191-198. doi: 10.1093/bjd/ljad370.
2. Al-Oran A.Y.F., Yenilmez E. Hydroxypropyl methylcellulose orodispersible film containing desloratadine for geriatric use: formulation and evaluation. *Antinflamm. Antiallergy Agents Med. Chem.* 2023; 22 (2): 79-91. doi: 10.2174/1871523022666230816090942.
3. Alshahrani M.Y., Zaid A., Suliman M., et al. In-silico discovery of efficient second-generation drug derivatives with enhanced antihistamine potency and selectivity. *Comput. Biol. Chem.* 2025 Apr; 115: 108340. doi: 10.1016/j.compbiolchem.2024.108340. Epub 2025 Jan 3.
4. Boehner A., Neuhauser R., Zink A., Ring J. Figurate erythemas – update and diagnostic approach. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2021 Jul; 19 (7): 963-972. doi: 10.1111/ddg.14450. Epub 2021 May 28.
5. Boguniewicz M. Atopic dermatitis: best of guidelines and yardstick. *Allergy Asthma Proc.* 2025; 46 (1): 19-25. doi: 10.2500/aap.2025.46.240087.
6. Çakmakçıoğlu Ö., Tuğcu Demiröz F.N., Teksin Z.Ş. Preliminary study on the development of orodispersible film containing desloratadine. *Turk. J. Pharm. Sci.* 2025 Mar 7; 22 (1): 55-63. doi: 10.4274/tjps.galenos.2024.46116.
7. Choi U.E., Deng J., Parthasarathy V., et al. Risk factors and temporal associations of progression of the atopic march in children with early-onset atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2025; 92 (4): 732-740. doi: 10.1016/j.jaad.2024.10.107.
8. Darlenski R., Kozyrskyj A.L., Fluhr J.W., Caraballo L. Association between barrier impairment and skin microbiota in atopic dermatitis from a global perspective: unmet needs and open questions. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2021 Dec; 148 (6): 1387-1393. doi: 10.1016/j.jaci.2021.10.002. Epub 2021 Oct 28.
9. De Gier S., Verhoeckx K. Insect (food) allergy and allergens. *Mol. Immunol.* 2018 Aug; 100: 82-106. doi: 10.1016/j.molimm.2018.03.015. Epub 2018 May 3.
10. Devillier P., Roche N., Faisy C. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of desloratadine, fexofenadine and levocetirizine: a comparative review. *Clin. Pharmacokinet.* 2008; 47 (4): 217-230. doi: 10.2165/00003088-200847040-00001.
11. Ensina L.F., Brandão L., Netchiporouk E., Bem-Shoshan M. Managing chronic urticaria in children: an update. *Curr. Allergy Asthma Rep.* 2025 Apr 7; 25 (1): 21. doi: 10.1007/s11882-025-01202-z.
12. Farzam K., Sabir S., O'Rourke M.C. Antihistamines. 2023 Jul 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30844215>.
13. FDA Adverse Event Reporting System (FAERS) Database. Dates of Coverage: January 2004 – present. Update Frequency: Quarterly. Cited: 05.04.2025. Available at: <https://www.fda.gov/drugs/drug-approvals-and-databases/fda-adverse-event-reporting-system-faers-database>.
14. Guttman-Yassky E., Renert-Yuval Y., Brunner P.M. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2025; 405 (10478): 583-596. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02519-4.
15. Hu W., Li H., Zeng L., et al. Data mining in FAERS: association of newer-generation H1-antihistamines with nervous system disorders. *BMC Pharmacol. Toxicol.* 2024; 25 (1): 95. Published 2024 Dec 18. doi: 10.1186/s40360-024-00822-x.
16. Jamalyan K.R., Azaryan H.G. Comparative efficacy of combined antihistamine and montelukast therapy in adult patients with atopic dermatitis. *Postepy Dermatol. Alergol.* 2024 Feb; 41 (1): 32-40. doi: 10.5114/ada.2023.135759. Epub 2024 Feb 28.
17. Lachover-Roth I., Rabie A., Cohen-Engler A., et al. Chronic urticaria in children – new insights from a large cohort. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2021; 32: 999-1005. doi: 10.1111/pai.13457.
18. Li Y., Li L. Contact dermatitis: classifications and management. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2021 Dec; 61 (3): 245-281. doi: 10.1007/s12016-021-08875-0. Epub 2021 Jul 15.
19. Montgomery S., Worswick S. Photosensitizing drug reactions. *Clin. Dermatol.* 2022 Jan-Feb; 40 (1): 57-63. doi: 10.1016/j.clindermatol.2021.08.014. Epub 2021 Aug 8.
20. Özçeker D., Can P.K., Terzi Ö., et al. Differences between adult and pediatric chronic spontaneous urticaria from a cohort of 751 patients: clinical features, associated conditions and Bernstein response. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2023 Feb; 34 (2): e13925. doi: 10.1111/pai.13925.
21. Schmidlin K., Sanf S., Bernstein D.L., Fonacier L. A hands-on approach to contact dermatitis and patch testing. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2020 Jun; 8 (6): 1883-1893. doi: 10.1016/j.jaip.2020.02.009. Epub 2020 Feb 26.
22. Sroka-Tomaszewska J., Trzeciak M. Molecular mechanisms of atopic dermatitis pathogenesis. *Int. J. Mol. Sci.* 2021 Apr 16; 22 (8): 4130. doi: 10.3390/ijms22084130.
23. Unsal V., Oner E., Yildiz R., Mert B.D. Comparison of new second-generation H1 receptor blockers with some molecules; a study involving DFT, molecular docking, ADMET, biological target and activity. *BMC Chem.* 2025 Jan 4; 19 (1): 4. doi: 10.1186/s13065-024-01371-4.
24. Vicaneto T., Özcan A., Li J.L., Huerta-López C., Ballesteros I., et al. Matrix-producing neutrophils populate and shield the skin. *Nature.* 2025 May; 641 (8063): 740-748. doi: 10.1038/s41586-025-08741-5. Epub 2025 Mar 19. Erratum in: *Nature.* 2025 May; 641 (8065): E10. doi: 10.1038/s41586-025-09082-z.
25. Wan J. Changes in the epidemiology of atopic dermatitis: putting them into context. *Br. J. Dermatol.* 2024 Jan 23; 190 (2): 143-144. doi: 10.1093/bjd/ljad443.
26. Wienholtz N.K., Vestergaard C., Deleuran M., Drljevic-Nielsen A., Andersson A.M. Atopisk eksem [Atopic dermatitis]. *Ugeskr Laeger.* 2025; 187 (14): V10240722. Published 2025 Mar 31. doi: 10.61409/V10240722.
27. Zuberbier T., Abdul Latiff A.H., Abuzakouk M., Aquilina S., Asero R., et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2022; 77: 734-766. doi: 10.1111/all.15090.