

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

В лекции приводятся современные представления о патогенетическом и топическом лечении аллергического (атопического) дерматита у детей, где относительно новым аспектом в терапии являются мероприятия, направленные на восстановление нормальной влажности кожных покровов.

Ключевые слова: *аллергический дерматит;
атопический дерматит;
аллергические реакции;
гидроксилипидная мантия кожи.*

Rovda U.I.

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

TREATMENT OF ALLERGODERMIA FOR CHILDREN

Modern aspects of pathogenetic and topical treatment of allergodermia (atopical) for children are brought in a lecture. And relatively new aspect in therapy are measures which directed on renewal of normal humidity of skin covers.

Key words: *allergodermia; atopical dermatitis;
allergic reactions; hydroxilipids mantle of skin.*

Сложность диагностики аллергического дерматита, в том числе пищевой сенсibilизации, псевдоаллергических реакций (ПАР), дисбактериоза и т.д. определяет первоочередность патогенетической терапии, в основу которой положены принципы элиминации облигатных аллергенов и либераторов; выведения, связывания, нейтрализации продуктов патофизиологических реакций и попавших в организм аллергенов или образовавшихся иммунных комплексов (антимедиаторная терапия); нормализации биоценоза кишечника и повышения его ферментативной активности; наружного (местного) лечения кожных проявлений и т.д.

Из этого комплекса делают акцент на терапию первой линии, или «3-х китах» эффективной терапии дерматитов:

1. Устранение причинных факторов, вызывающих обострение (аллергенных и неаллергенных триггеров).
2. Наружная противовоспалительная терапия.
3. Лечебно-косметический уход за кожей.

Корреспонденцию адресовать:

Ровда Юрий Иванович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 39-64-34.

РЕЖИМ АНТИГЕННОГО ЩАЖЕНИЯ

Диетотерапия является важнейшей составляющей частью комплексного лечения детей, страдающих аллергическим дерматитом. Необходимо вести пищевой дневник с указанием ежедневного меню, времени и характера появления (или исчезновения) кожных симптомов.

Ребенка необходимо максимально долго держать на грудном вскармливании и позже вводить прикорм (после 6 мес.). В период кормления грудью матери не следует употреблять косметику, дезодоранты. При стирке белья (собственного и белья ребенка) желательно не использовать стиральный порошок. Для этих целей рекомендуется использовать детское, банное мыло.

При развитии аллергического дерматита у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, показано изменение в рационе кормящей матери. На весь период кормления грудью разработаны специальные гипоаллергенные диеты с элиминацией высокоаллергенных продуктов, а также лука, чеснока, редьки, редиса, мясных, рыбных, грибных и куриных бульонов, острых приправ.

Молочные продукты даются только в виде кисломолочных напитков, сметаны и неострых сортов сыра. Количество круп и макаронных изделий, пшеничного хлеба, сахара уменьшается на 20-25 %, со-

ли — на 30 %. Высоко сенсибилизирующим потенциалом обладают белки куриного яйца, а также яйца других видов птицы. Степень чувствительности у детей к протейнам куриного яйца очень высока. Часто непереносимость белков куриного яйца сочетается с непереносимостью куриного мяса и бульона.

При отсутствии эффекта, в редких случаях, показано ограничение материнского молока за счет использования гипоаллергенных смесей на основе гидролизатов белка лечебного и лечебно-профилактического назначения (Альфаре, Нутрилон-Пепти СЦТ, Прегестимил, Нутрамиген, Алиментум, Пептиди-Туттели, НАН ГА, Фрисо-пеп, Хумана ГА1, Хумана ГА2, Хипп ГА2). Положительный эффект наблюдается в 90-97 % случаев через 2-3 недели от начала их применения, а клиническая ремиссия достигается спустя еще 2-4 месяца.

На основании многолетнего собственного опыта и обобщения литературных данных Ревякина В.А. и соавторы разделили основные продукты питания на 3 группы: с высокой, средней и низкой аллергической активностью (табл.).

Из рационов детей, находящихся на смешанном вскармливании со слабо (или сильно) выраженной сенсибилизацией к белкам коровьего молока исключают цельное молоко, пресные молочные смеси, творог. В качестве докорма используют аминокислотные смеси, в частности Неокейт, адаптированные кисломолочные смеси (НАН кисломолочный) или гипоаллергенные смеси на основе гидролизатов белка лечебного и лечебно-профилактического назначения.

Детям старше 7,5-8 месяцев допускается применение неадаптированных кисломолочных продуктов (кефир, биокефир, бифидокефир, биолакт), а также напитков, полученных путем сквашивания сухого коровьего молока или молочных смесей специальными заквасками, содержащими бифидобактерии и ацидофильные палочки (Наринэ, Ацидолакт) в объеме не более 1 кормления. В настоящее время в России разработаны и производятся продукты пробиотики, содержащие полезные микроорганизмы (бифидобактерии и лактобациллы), и продукты, обладающие пребиотическими свойствами за счет включения в их состав олигосахаридов, лактулозы инулина, которые способствуют росту индигенной флоры в кишечнике. (Агуша-1 и Агуша-2, Ацидолакт, Ацидофильная

«Малютка», Наринэ, Бифилин, Кефир, Бифидокефир, Биокефир, Бифидок). Необходимо помнить, что включение указанных ингредиентов в диету возможно только при отсутствии у ребенка клинической реакции на коровье молоко и сомнительной или низкой реакции на его белок. Их используют также на 2-м этапе диетотерапии после достижения клинической ремиссии.

При отсутствии положительного эффекта от применения кисломолочных продуктов, что, как правило, наблюдается при средне выраженной сенсибилизации к белкам коровьего молока, могут использоваться аминокислотные смеси, в частности Неокейт, и специализированные смеси на основе изолята соевого белка или гипоаллергенные смеси на основе гидролизатов белка лечебного назначения и безмолочные продукты прикорма. Важно отметить, что детские соевые смеси созданы на основе изолята соевого белка, полученного из генетически немодифицированных соевых бобов. Эти смеси не содержат молочного белка, лактозы, глютена, поэтому могут применяться при аллергии к белкам коровьего молока, лактазной недостаточности, галактоземии, целиакии. Это: НАН-соя, Нутри-соя, Нутрилак-соя, Симилак-изомил, Сма-Вай-сой, Соя-семп, Туттели-соя, Фрисо-соя, Хумана-СЛ, Энфамил-соя, Супролакт, Супраamilk. Положительный эффект от применения соевых смесей следует ожидать не ранее, чем через 3-4 недели от начала их использования. Возраст ребенка — не менее 5-6 месяцев. Необходимо постепенное введение смеси в рацион (в течение 5-7 дней).

В настоящее время, в связи с широким ассортиментом лечебных смесей, сроки назначения продуктов и блюд прикорма детям, страдающим аллергическим дерматитом, практически не отличается от таковых у здоровых. Вместе с тем, необходимо учитывать индивидуальную переносимость продуктов.

Первый прикорм — овощное пюре, назначается в 6 месяцев. В его состав можно включать кабачки, патиссоны, цветную, белокачанную, брюссельскую капусту, брокколи, светлоокрашенную тыкву, и другие овощи зеленой и белой окраски. Количество картофеля не должно превышать 20 % от объема овощного пюре, принимая во внимание его довольно высокие аллергенные свойства. Картофель предварительно вымачивают в течение 12-14 часов, другие овощи и

Таблица
Аллергическая активность основных продуктов питания (Ревякина В.А. и соавт.)

Высокая	Средняя	Низкая
Цельное молоко, яйца, морепродукты, икра, пшеница, рожь, морковь, помидоры, сельдерей, болгарский перец, клубника, земляника, малина, цитрусовые, ананасы, гранаты, бананы, киви, манго, хурма, дыня, кофе, какао, грибы, орехи, мед	Говядина, куриное мясо, гречиха, овес, рис, горох, бобы, соя, картофель, свекла, персики, абрикосы, клюква, брусника, темно-красная вишня, черника, черная смородина, шиповник	Кисломолочные продукты, конина, мясо кролика, индейки, постная свинина, тощая баранина, перловка, кукуруза, пшено, цветная и белокачанная капуста, брокколи, кабачки, патиссоны, огурцы, зеленые сорта яблок и груш, белая и красная смородина, белая и желтая черешня, желтые сорта слив, огородная зелень (петрушка, укроп)

Сведения об авторах:

Ровда Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «Кем-ГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

крупы — 1-2 часа. Овощи в состав пюре вводят постепенно, в течение 3-4 дней каждый новый вид. Сначала ребенку дают монокомпонентное пюре, затем его состав постепенно расширяют. Для приготовления пюре могут использоваться как натуральные (в том числе замороженные) овощи, так и овощные консервы для детского питания из вышеперечисленных светлоокрашенных овощей. К овощному пюре добавляют растительное масло, предпочтительно рафинированное, дезодорированное подсолнечное, кукурузное, оливковое.

Второй прикорм — безмолочная каша, включают в питание детей в 7 месяцев. Это могут быть гречневая, кукурузная, рисовая, овсяная, ячневая каши. Ассортимент круп подбирают индивидуально. При выборе каш предпочтение следует отдавать безмолочным кашам для детского питания промышленного производства, которые готовятся из экологически чистого сырья, обогащены витаминами, минеральными солями (в том числе железом) и не требуют варки. Каши готовят на воде или специализированной смеси, которую получает ребенок (на основе сои или гидролизата белка).

С целью коррекции белковой части рациона в питание ребенка с 7 месяцев вводят мясное пюре из дважды вываренного мяса. При непереносимости говядины, имеющей сродство с белками коровьего молока, рекомендуется использовать постную свинину, конину, мясо кролика, индейки, специализированные детские мясные консервы из конины — «Конек-Горбунок», свинины — «Пюре из свинины», их сочетания — «Чебурашка», а также их аналоги.

В качестве третьего прикорма (8-9 месяцев) можно использовать второе овощное или овоще-крупяное блюдо (кабачки с рисовой крупой, цветная капуста с гречей в соотношении 1 : 1) с мясным пюре, чем достигается некоторое ограничение молочных продуктов в рационе ребенка.

Из фруктов предпочтение отдают яблокам зеленой и белой окраски (антоновские, симиренко, белый налив). С учетом индивидуальной переносимости используются груши, белая и красная смородина, желтая и красная черешня, желтые сливы. Отваривание и запекание фруктов несколько уменьшает их аллергенность.

В период ремиссии проводят расширение гипоаллергенных безмолочных рационов за счет введения кисло-молочных продуктов или смесей на основе гидролизатов белка лечебно-профилактического назначения. Детям старше года пробуют добавлять разбавленное сухое молоко (в каши) и творог. Расширение диеты осуществляется осторожно и постепенно под контролем общего состояния ребенка, клинических и иммунологических показателей, с обязательной регистрацией возникших аллергических реакций в пищевом дневнике.

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ ЖКТ

При отсутствии возможности устранить или уменьшить аллергенную нагрузку проводятся мероприя-

тия, повышающие толерантность ЖКТ, в частности, назначаются ферментные препараты (особенно при стеаторее): фестал, ораза, панцитрат, панкреатин, креон. Необходимо помнить, что ферментные препараты могут давать перекрестные реакции с антигенами коровьего молока. Назначают биопрепараты (линекс, бифидум-бактерин, лактобактерин, колибактерин и их разновидности — флоривин, флорадофилус и т.д.). Последние назначаются в случае сопутствующего дисбактериоза (в 80-90 % случаев). Если доступными методами определяется условно-патогенная флора в кишечнике, проводится лечение соответствующими бактериофагами. Применяют культуры бактерий с антагонистическими свойствами: споровактерин, энтерол, биоспорин, симбифлора и т.д. Такое же действие оказывает бактисубтил.

Для уплотнения слизистой кишечной стенки и улучшения ее клиренса параллельно назначают вяжущие препараты (отвары и настои цветков ромашки аптечной, ольховых шишек, бадана, кровохлебки), что особенно актуально при колитном синдроме. В более выраженных случаях колитного синдрома (диарея) рекомендуется также смекта.

АНТИМЕДИАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ

Каждая из стадий аллергического ответа может являться объектом действия фармакологических препаратов. В соответствии с этим, противоаллергические фармакологические средства могут быть классифицированы следующим образом: модуляторы аллергениндуцированных IgE- и IgG-ответов, стабилизаторы эффекторных клеток аллергии (тучных клеток/базофилов), антагонисты медиаторов аллергии, корректоры неспецифической тканевой гиперреактивности, полифункциональные соединения.

В случаях анафилактической реакции, генерализованной влажной экземы, либо аллергического эпидермолиза (синдром Лайела) показано назначение стероидных гормонов (преднизолон, метипред, сольмедрол и т.д.), проведение плазмафереза (замещение не менее 3-4 объемов циркулирующей плазмы). Эти меры препятствуют образованию новых иммунных комплексов, способствуют их распаду, фагоцитозу и активному выведению из организма.

Антигистаминные препараты и задитен (стабилизатор тучной клетки) эффективны в случаях «мокнушей» экземы, так как не всегда, но часто, именно гистамин является продуктом реакций немедленного типа и способствует фазе экссудации. В генезе «сухой» экземы, как правило, проявляются ГЗТ, либо метаболические изменения в коже. Помимо широко известных супрастина, диазолина, тавегила, в практике врача находят свое применение препараты второго (астемизол/гисманал, лоратадин/кларитин, дизлоратадин/эриус, барпет, тинсет, цетиризин/зиртек, левоцитеризин/кисзал, эбастин/кестин) и третьего (фексофенадин/телфаст) поколений блокаторов H1-гистаминовых рецепторов, обладающие менее выраженным седативным действием и большей продолжительностью эффекта. Из перечисленных

препаратов наиболее часто в педиатрической практике используются кларитин, зиртек, эриус, ксизал.

Кларитин также наиболее эффективен при экссудативных формах, когда клиническое улучшение начинается к концу первой, началу второй недели и достигает максимальной выраженности через 1-2 месяца. Взрослым и детям с весом 30 кг и более, кларитин назначают в дозе 10 мг (1 табл. или 2 чайных ложки сиропа) 1 раз в сутки; детям до 2 лет, с весом менее 30 кг — в дозе 5 мг (1/2 табл. или 1 чайная ложка сиропа) 1 раз в сутки. Для педиатрического применения рекомендуется форма кларитина — сироп (120 мл). Сироп содержит инвертированный сахар, быстро всасывается и имеет вкус жевательной резинки Бабл-гам, приятный для детей.

Зиртек может назначаться с 6-месячного возраста. Применяют детям 6-12 месяцев жизни по 5 капель (2,5 мг) 1 раз в день; от 1 до 6 лет — 5 капель 2 раза (или всего 5 мг); старше 6 лет и взрослым — по 5 мг 2 раза в день или 10 мг 1 раз в день (в 1 табл. — 10 мг).

Эриус или дизлоратадин выпускается в виде таблеток по 5 мг и в виде сиропа (1 мл — 0,5 мг). Дозировка: таблетки не разжевывая, запивая водой, взрослым и детям старше 12 лет по 5 мг в сутки. Сироп запивают небольшим количеством воды: детям 2-5 лет по 1,25 мг в сутки (2,5 мл), 6-11 лет — по 2,5 мг в сутки (5 мл), взрослым и детям старше 12 лет — по 5 мг (10 мл). Безопасность и эффективность применения эриуса-сиропа у детей до 2 лет и эриуса-таблеток у детей до 12 лет не установлены.

Ксизал может использоваться с 6-летнего возраста. Детям этого возраста и взрослым назначается 5 мг в сутки (1 табл.).

Телфаст (фексофенадин гидрохлорид) — 1-й антигистаминный препарат 3-го поколения. Он не обладает кардиотоксическим действием, ни сам по себе, ни при одновременном использовании препаратов, тормозящих активность системы цитохромов P450, например, у лиц с патологией печени и сердечно-сосудистой системы. Телфаст оказывает антигистаминное действие спустя 1 час после применения, а достигает максимума через 6 часов. Продолжительность эффекта 24 часа. Терапевтическая доза сокращает зону кожного волдыря или гиперемии более чем на 80 %. Такие побочные эффекты, как головная боль, тошнота, сонливость, проявляются в 1-2 % случаев.

В терапии аллергического дерматита широко используются средства, действие которых направлено на торможение процесса секреции медиаторов аллергии. К препаратам этой группы традиционно относятся кетотифен (задитен) и кромогликат натрия (налкром, интал).

Кетотифен является ингибитором секреции гистамина, лейкотриенов, серотонина и других медиаторов аллергии из тучных клеток и базофилов. После 3-месячного применения задитена положительный результат отмечался у большинства детей с экссудативной формой болезни. Длительное лечение этим препаратом (от 6 до 12 месяцев) оправдано у детей с поливалентной аллергией и у больных с частыми

обострениями болезни. Профилактическое действие задитена отмечено у 87,5 % детей с аллергическим ринитом, конъюнктивитом (в том числе поллинозом), бронхообструктивным синдромом. Задитен назначается из расчета 0,05 мг/кг массы тела 2 раза в день. Разовая доза задитена у детей старше 3 лет составляет 0,001 г (1 табл.).

Налкром — лекарственное средство, механизм действия которого заключается в стабилизации мембран тучных клеток и предупреждении развития аллергических реакций на уровне слизистой оболочки пищеварительного тракта. При назначении налкрома предпочтение отдается больным, имеющим гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии, у которых не наблюдалось положительного эффекта от диетотерапии и приема антигистаминных препаратов. Налкром назначается в подострый период и в период ремиссии заболевания. Суточная доза препарата подбирается с учетом возраста ребенка и составляет 600 мг. Прием налкрома осуществляется за 30-40 минут до еды. Продолжительность курсового лечения составляет, в среднем, от 1,5 до 6 месяцев. На фоне применения налкрома возможно постепенное ведение в диету ряда продуктов, ранее вызывавших развитие аллергических реакций.

При аллергическом конъюнктивите (в т.ч. при поллинозе) эффективны *кромогексал, кромоглин, оптикорм, ломузол, аллергодил (азеластин)*.

НАРУЖНОЕ (МЕСТНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ

Цели наружной терапии — подавление признаков воспаления кожи и связанных с ним основных симптомов АД в острой стадии, профилактика и устранение вторичного инфицирования, восстановление поврежденного эпителия, улучшение барьерных функций кожи, устранение сухости кожи.

Перед врачом стоит выбор: какому из препаратов отдать предпочтение?

В настоящее время наиболее часто используются: топические кортикостероиды (Элоком, Адвантан, Локоид, Афлодерм) — мази, кремы, эмульсии; ингибиторы кальциевых каналов (Протопик, Элидел или Пимекролимус-крем); препараты, основным действующим веществом которых является цинк перитон (Скин-кап).

В последние годы появились фторнесодержащие местные глюкокортикостероиды, сочетающие в себе выраженную биологическую активность с высокой степенью безопасности. Среди этих препаратов особое место занимают *локоид* (гидрокортизона 17-бутират), *элоком* (мометазон фураат) и *адвантан* (метилпреднизолон ацепонат). Они обладают возможностью применения 1 раз в сутки, в том числе и у детей раннего возраста. Например, для формирования клинической ремиссии у детей грудного и раннего возраста при помощи *адвантана* (при признаках острого аллергического воспаления) требовалось в среднем 8-10 дней лечения. Лихенефикация, инфильтрация и сухость кожи требовали в среднем 14-28 дней. В большинстве случаев ограничиваются 3-5 днями. В

основном применяются при тяжелой и средней степени выраженности процесса. *Локоид* может применяться с 6-месячного возраста, *элоком* — с 2-летнего возраста.

Локоид имеет следующие характеристики:

- негалогеенизированный топический КС;
- относится к группе сильных КС (III группа согласно Европейской классификации Miller и Munro, 1980 г.);
- обладает высокой эффективностью при различных формах стероид-чувствительных дерматозов;
- по клинической эффективности сравним с галогеенизированными КС;
- характеризуется быстрым началом противовоспалительного действия;
- характеризуется низким риском возникновения местных и системных нежелательных реакций;
- обладает наименьшим периодом полувыведения (T1/2) среди полусинтетических и синтетических топических стероидов (сравнимым с T1/2 природного КС гидрокортизона);
- может применяться на участках кожи с высокой абсорбцией (лицо, складки);
- может применяться на обширных участках поражения;
- может применяться длительное время (~ до 1 месяца ежедневно);
- разрешен к применению у детей с 6-месячного возраста.

Эти мази с ГКС в настоящее время вытесняют с рынка деготь и смолы.

Врачи — дерматологи и педиатры должны предостеречь родителей от самостоятельного использования гормональных мазей у детей. Применение таких мазей и кремов, содержащих кортикостероидные гормоны, быстро приводит к исчезновению высыпаний, но эта своего рода «косметическая» терапия может давать лишь временный эффект. При назначении топических глюкокортикостероидных средств (ГКС) необходимо помнить о возможном развитии атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки, телеангиоэктазий, эритроза, гипертрихоза, развитии вторичной бактериальной, микотической и вирусной инфекции, о системном действии ГКС.

Скин-кап выпускается в виде крема, аэрозоля, шампуня. Основное действующее вещество — цинк перитон, активированный на молекулярном уровне с использованием инновационных технологий (действие электромагнитного поля), что способствует существенному усилению его фармакологической противовоспалительной активности (стабилизация мембран клеток-участников аллергического воспаления путем нормализации активности мембраносвязывающих ферментов, антиоксидантное действие). Обладает высокой бактериостатической активностью (стрептококк, стафилококк, синегнойная и кишечная палочка, протей), фунгистатической активностью (*Pytisorum ovale*, *Pytisorum orbiculare*), антипролиферативной ак-

тивностью (апоптоз клеток, участвующих в пролиферативном процессе), противозудным действием, высокой гидратирующей активностью. Не оказывает подавляющего действия на нормально функционирующие клетки.

Элидел (пимекролимус) — не стероидный препарат, обладает высокой противовоспалительной активностью, противозудным действием. Может применяться у детей от 3 месяцев и старше.

Большое значение имеет выбор моющих, смягчающих, увлажняющих средств для детей с аллергическим дерматитом. Следует выбирать формы, не содержащие красители, отдушки, консерванты и имеющие физиологический для кожи pH.

В настоящее время для увлажнения кожи и улучшения регенерации гидроксипептидной мантии кожи применяются *Тони-крем*, *Локобейз* (Р-липокрем), *Бепантен* (крем, лосьон) и т.д. Гигиенические ванны детям в период ремиссии рекомендуются 1 раз в 5-7 дней. Применяют индифферентные мыла — *ла-нолиновое*, *детское*, *дегтярное*, *вазелиновое*. После ванны кожу нужно просушить с помощью полотенца (промокать!) и обработать кремом со смягчающим и увлажняющим эффектом («Роса», «Детский») или бальзамом («Антиаллергический», «Мадонна», «Метелица»). Они хороши и при сухих дерматитах.

Кремы «Дермалибур» «Сикальфат», «Эпитемиаль» заживляют раны, увлажняют, успокаивают, убивают воспаление.

Важное место среди этих средств занимают шампуни Фридерм, которые используются с гигиенической, лечебной и профилактической целью для тела и волосистой части головы ребенка. Их 3 вида: шампунь, содержащий деготь, содержащий перитон цинка и «РН-баланс». В период обострения и подострой фазе применяют деготь-содержащий шампунь. Тело ребенка намыливают шампунем, через 5-10 минут смывают водой. Перитон цинка обладает выраженным трофическим действием, применяется в подострой фазе и ремиссии. Шампунь «РН-баланс» применяется как обычное гигиеническое гипоаллергенное средство в промежуточное время, между использованием Фридерм-дегтя и Фридерм-цинка.

Больным, у которых, несмотря на лечение, сохраняется обострение АД, проводится плазмаферез — 3-8 сеансов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аллергический диатез у детей раннего возраста /под ред. О.А. Си-
нявской. — Свердловск, 1980. — С. 11-12.
2. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилакти-
ка: науч.-практ. прогр. (Союз педиатров России). — М., 2000. — С. 76.
3. Балаболкин, И.И. Современные проблемы детской аллергологии
/Балаболкин И.И. //Педиатрия. — 1997. — № 2. — С. 5-8.
4. Ровда, Ю.И. Аллергическая аномалия конституции: аллергический
дерматит у детей: учебное пособие /Ровда Ю.И. — Кемерово,
2003. — 77 с.

* * *