

Anna Bodajko-Grochowska^{1,2},
Andrzej Emeryk^{1,2}

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny, Lublin

²Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej
II Katedry Pediatrii, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu chorób alergicznym u dzieci w świetle aktualnych wytycznych. Część 1 — alergia pokarmowa, atopowe zapalenie skóry

The role of the family physician in the diagnosis and treatment of allergic diseases in children in the light of current guidelines.

Part 1 — food allergy, atopic dermatitis

STRESZCZENIE

Choroby alergiczne są obecnie uznawane za najczęstsze choroby przewlekłe XXI wieku. Według najnowszego badania ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce 2006–2008) prawie 49% populacji dziecięcej ma objawy chorób alergicznych. Do najczęstszych i najważniejszych chorób alergicznych u dzieci zalicza się: alergiczny nieżyt nosa i alergiczne zapalenie spojówek, astmę, atopowe zapalenie skóry oraz alergię pokarmową. Rozpoznanie i nadzorowanie długotrwałego leczenia chorób alergicznych w głównej mierze powinno być prowadzone przez lekarza rodzinnego będącego często pierwszym ogniwem w kontaktach dziecka ze służbą zdrowia. Wczesne rozpoznanie, wdrożenie odpowiedniego leczenia i realizowanie programów profilaktycznych pozwala zarazem zahamować rozwój choroby, jak i zmniejszyć koszty leczenia oraz poprawić jakość życia dziecka i jego rodzin. Lekarz rodzinny powinien dobrze znać aktualne możliwości diagnostyczne, profilaktyczne, jak i lecznicze chorób alergicznych w warunkach swojej praktyki. Oprócz stałego poszerzania wiedzy niekwestionowaną rolę w skutecznym długoletnim postępowaniu z takim chorym odgrywa także prawidłowa współpraca lekarza rodzinnego z alergologiem, laryngologiem, dermatologiem czy gastroenterologiem.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 1, 14–20

słowa kluczowe: dzieci, alergia pokarmowa, atopowe zapalenie skóry

Adres do korespondencji:
lek. Anna Bodajko-Grochowska
Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej
II Katedry Pediatrii, Uniwersytet Medyczny
Dziecięcy Szpital Kliniczny
ul. Chodźki 2, 20–093 Lublin
tel./faks: (81) 743–01–41
e-mail: annabodgroch@gmail.com

ABSTRACT

Allergies are now considered the most common chronic diseases of the twenty-first century. According to a recent study (ECAP 2006–2008) almost 49% of child population show symptoms of allergic diseases. The most frequent and the most important children's allergies include: allergic rhinitis and allergic conjunctivitis, asthma, atopic dermatitis, and food hypersensitivity. Diagnosis and management of long-term treatment of allergic diseases should generally be in the hands of a family doctor, who is frequently the first person in the child's contact with health care. Prompt diagnosis, implementation of appropriate treatment and adhering to prevention programs allows for both checking the progression of the disease, reducing treatment cost, and improving the patient's and their family's quality of life. A family doctor should be well familiar with current diagnostic, prophylactic, and therapeutic capabilities of their practice as regards allergic diseases. Apart from constantly updating their knowledge, one cannot overestimate the role of adequate cooperation of a family doctor with an allergologist, laryngologist, dermatologist, or gastroenterologist in efficient long-term management of such patients.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 1, 14–20

key words: children, atopic dermatitis, food hypersensitivity

WSTĘP

Na całym świecie choroby alergiczne u dzieci stanowią istotny problem społeczno-medyczny. Wyniki największego światowego badania epidemiologicznego *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISSAC) wskazują, iż problem alergii dotyka 40% populacji dziecięcej [1]. W Polsce, według najnowszego badania epidemiologicznego, prawie 49% dzieci zgłasza objawy chorób alergicznych [2]. Należy się więc spodziewać, iż u co drugiego dziecka przychodzącego na wizytę do lekarza rodzinnego taka choroba powinna być podejrzewana. Specjalista medycyny rodzinnej, podejrzewając jakąkolwiek chorobę, ma do wyboru trzy drogi postępowania terapeutycznego: przeprowadzenie wstępnej diagnozy i nawiązanie współpracy ze specjalistą, skierowanie od razu do leczenia specjalistycznego lub zdiagnozowanie i leczenie problemu samodzielnie. W przypadku chorób alergicznych najkorzystniejszym postępowaniem wydaje się samodzielne rozpoczęcie diagnostyki, wdrożenie wstępnego leczenia i nawiązanie współpracy ze specja-

listami z dziedziny alergologii, laryngologii, dermatologii czy gastroenterologii. Jedyne w przypadku podejrzenia ciężkiej postaci alergii pokarmowej (np. eozynofilowego zapalenia żołądka i jelit) rekomendowane jest od razu skierowanie dziecka do specjalisty (dowód D).

Do najczęstszych i najważniejszych chorób alergicznych u dzieci zalicza się: astmę, alergiczny nieżyt nosa, alergiczne zapalenie spojówek, atopowe zapalenie skóry oraz alergię pokarmową. Każda z tych chorób może być IgE-zależna i nie-IgE-zależna.

ALERGIA POKARMOWA

■ Diagnostyka

Proces alergizacji rozpoczyna się już od pierwszych dni życia dziecka w momencie jego kontaktu z alergenami pokarmowymi, a według niektórych autorów już w czasie ciąży. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EACCI) podstawą rozpoznania alergii pokarmowej są dane z wywiadu, wyniki morfologii krwi oraz re-



**W Polsce prawie 49%
dzieci zgłasza objawy
chorób alergicznych**



**Należy się więc
spodziewać, iż
u co drugiego dziecka
przychodzącego na wizytę
do lekarza rodzinnego
taka choroba powinna być
podejrzewana**



Jedynie w przypadku podejrzenia ciężkiej postaci alergii pokarmowej rekomendowane jest od razu skierowanie dziecka do specjalisty



Podstawą rozpoznania alergii pokarmowej są dane z wywiadu, wyniki morfologii krwi oraz rezultaty wstępnej diety eliminacyjnej



Lekarz pierwszego kontaktu dziecka karmionemu sztucznie z objawami sugerującymi alergię na mleko powinien zastąpić mleko modyfikowane pełnopłatnym hydrolizatem białkowym



Dzieciom karmionym naturalnie z objawami alergii diety o odpowiedniej kaloryczności i odżywczości należy wprowadzić matce

Tabela 1

Objawy alergii pokarmowej z uwzględnieniem manifestacji narządowej — modyfikacja własna [8]

Układ	Objawy
Pokarmowy	Ulewanie, wymioty, biegunka, zaparcia, bóle brzucha (kolka), świąd jamy ustnej, enteropatia, krew w stolcu, refluks żołądkowo-przełykowy
Oddechowy	Nieżyt nosa, przewlekły kaszel, świsty na wydechu, ostry obrzęk krtani bez infekcji, obturacja oskrzeli z dusznością
Sercowo-naczyniowy	Hipotonia, wstrząs
Skóra	Pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, atopowe zapalenie skóry
Moczowy	Erytrocyturia, moczenie mimowolne
Ogólne	Anafilaksja
Ośrodkowy układ nerwowy	Bóle głowy, bezsenność, drażliwość

zultaty wstępnej diety eliminacyjnej (dowód D) [3]. W pierwszym etapie diagnostyki na podstawie danych z wywiadu osobniczego, rodzinnego (w kierunku atopii), badania przedmiotowego i zapisów z dzienniczka dietetycznego powinna zostać ustalona podejrzana jednostka chorobowa oraz potencjalny czynnik alergizujący [4]. Alergia pokarmowa jest chorobą o różnym obrazie klinicznym (tab. 1) [5]. Oprócz objawów wymienionych w tabeli 1 należy zwrócić uwagę na zahamowanie przyrostu masy i wysokości ciała dziecka oraz na inne cechy występujące często u alergików, m.in. podkrążone oczy, salut alergiczny czy bruzdowate zmiany na dolnych powiekach (fałdy Dennie’go i Morgana) [6]. Pomocne w rozpoznaniu alergii pokarmowej jest także wykonanie morfologii krwi. Alergii pokarmowej towarzyszą często przewlekła niedokrwistość mikrocytarna, leukopenia, trombocytopenia i eozynofilia [7].

Po ustaleniu potencjalnie szkodliwego (przyczynowego) alergenu należy rozpocząć krótkotrwałą dietę eliminacyjną na 2–4 tygodnie (przy mechanizmie IgE-zależnym) lub 6 tygodni (przy mechanizmie IgE -niezależnym), a następnie ponownie włączyć do jadłospisu potencjalnie szkodliwy alergen (dowód D) [3]. Lekarz pierwszego kontaktu dziecka karmionemu sztucznie z objawami sugerującymi alergię na mleko powinien zastąpić mleko modyfi-

kowane pełnopłatnym hydrolizatem białkowym. Dzieciom karmionym naturalnie z objawami alergii diety o odpowiedniej kaloryczności i odżywczości należy wprowadzić matce. Ustąpienie lub złagodzenie objawów podczas diety eliminacyjnej, a następnie pogorszenie pozwala rozpoznać alergię na mleko i kontynuować leczenie refundowanymi preparatami mlekozastępczymi [3, 8]. W każdym przypadku nieskuteczności diety eliminacyjnej jako pierwsza przyczyna powinna zostać rozważona możliwość występowania u dziecka alergii krzyżowej lub alergii wieloważnej [9]. Dopiero po wykluczeniu tej ewentualności i po zastosowaniu mieszanki aminokwasowej negatywny wynik próby eliminacyjnej sugeruje inną niż alergia przyczynę dolegliwości (dowód D). Nadal metodą referencyjną postępowania diagnostycznego alergii pokarmowej są próby prowokacji — u starszych dzieci prowadzone metodą podwójnej ślepej próby kontrolowanej placebo, u niemowląt metodą otwartą (dowód D) [10]. Zgodnie z wytycznymi EACCI i PRACTALL [Inicjatywa Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI, *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*) oraz Amerykańskiej Akademii Alergologii, Astmy i Immunologii (AAAAI, *American Academy of Allergy Asthma and Immunology*)] próby prowokacji powinny być przeprowadzane

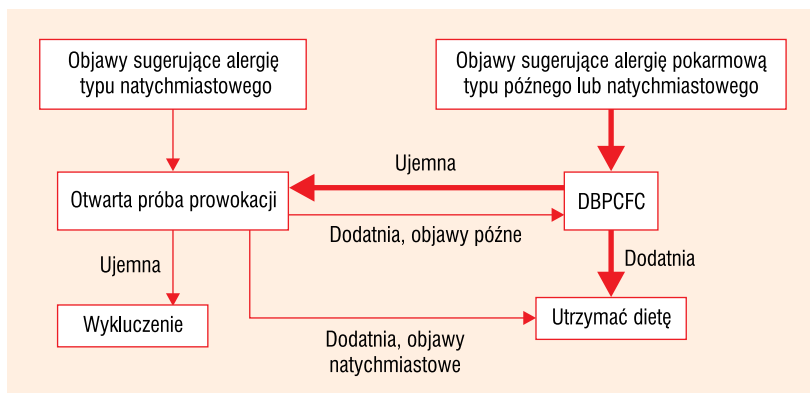
przez lekarza w gabinecie wyposażonym w zestaw przeciwwstrząsowy z częstotnością 6–12 miesięcy u dzieci na diecie do 2. rż. i co 12–18 miesięcy po ukończeniu 3. rż. (dowód D) (ryc. 1, 2).

Zaleca się, aby pozostałe metody diagnostyczne: określenie poziomu alergeno-swoistych IgE (asIgE), alergiczne testy skórne (ATS), testy aktywacji bazofili, testy molekularne były wykonywane przez specjalistę (dowód A-C) [11]. Natomiast ze względu na niepotwierdzoną skuteczność kliniczną nie należy używać w diagnostyce metod niekonwencjonalnych (np. analiza włosów, stężenie IgG, ALCAT-test, MRT-test, biorezonans) [12].

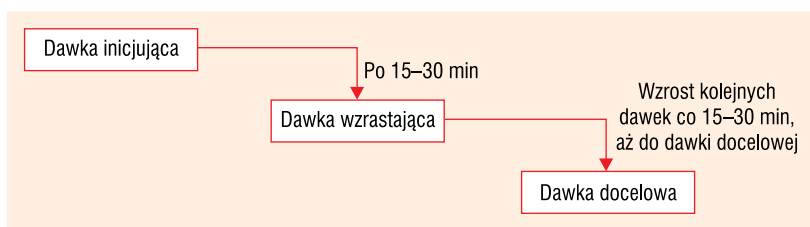
Leczenie

Podstawą leczenia alergii pokarmowej jest stosowanie długotrwałej diety eliminacyjnej. Lekarz rodzinny, wprowadzając odpowiednie mieszanki w alergii na mleko, powinien korzystać z zalecanych rekomendacji (ryc. 3), biorąc jednocześnie pod uwagę stopień nasilenia objawów i lokalizację narządową. Poza wyborem odpowiedniej diety niezwykle ważne jest jej właściwe zbilansowanie. Wyniki badań randomizowanych pokazują, iż najczęstszymi powikłaniami diety eliminacyjnej u dziecka są niedobory masy i wzrostu ciała oraz stężenia wapnia. Aby temu zapobiec pomocne jest zaplanowanie regularnych wizyt kontrolnych: u niemowląt co miesiąc, u starszych dzieci co 6. W aktualnych rekomendacjach EACCI ze względu na brak wiarygodnych dowodów skuteczności nie znalazło miejsca leczenie preparatami zawierającymi prebiotyki, probiotyki, czy stosowanie leków przeciwhistaminowych blokujących receptor H1 (dowód D) [13]. Zarówno pacjent, jak i lekarz rodzinny muszą także pamiętać, że przy ostrych ciężkich objawach alergii pokarmowej lekiem doraźnym ratującym życie jest adrenalina, a nie lek przeciwhistaminowy [14].

Opieka nad dzieckiem z alergią pokarmową to także prawidłowa współpraca ze



Rycina 1. Próba prowokacji — wytyczne EACCI i PRACTALL (modyfikacja własna); DBPCFC — podwójna ślepa próba kontrolowana placebo



Rycina 2. Schemat przeprowadzenia podwójnej ślepej próby kontrolowanej placebo w oparciu o wytyczne EACCI (na podstawie [3], modyfikacja własna).

Dawka inicjująca = 3 mg białka = 0,1 ml 3,3% białka mleka pasteryzowanego = 6,4 mg jajka kurzego w proszku z 47% zawartością białka = 23,4 mg pasteryzowanego ubitego jajka kurzego z 12,8% zawartością białka = 12,5 mg masła orzechowego z 24% zawartością białka = 3,8 mg glutenu w proszku o zawartości białka 80% = 0,1 ml napoju sojowego o 3,3% zaw. białka. Mniejsze dawki zalecane u dzieci z dużym ryzykiem ciężkich objawów.
Dawka wzrastająca — dawka o połowę log. większa od dawki poprzedniej.
Dawka docelowa = 3 g białka = 99,9 ml 3,3% białka mleka pasteryzowanego = 6,38 g jajka kurzego w proszku z 47% zawartością białka = 23,44 g pasteryzowanego ubitego jajka kurzego z 12,8% zawartością białka = 12,5 g masła orzechowego z 24% zawartością białka = 3,75 g glutenu w proszku o zawartości białka 80% = 99,9 ml napoju sojowego o 3,3% zaw. białka

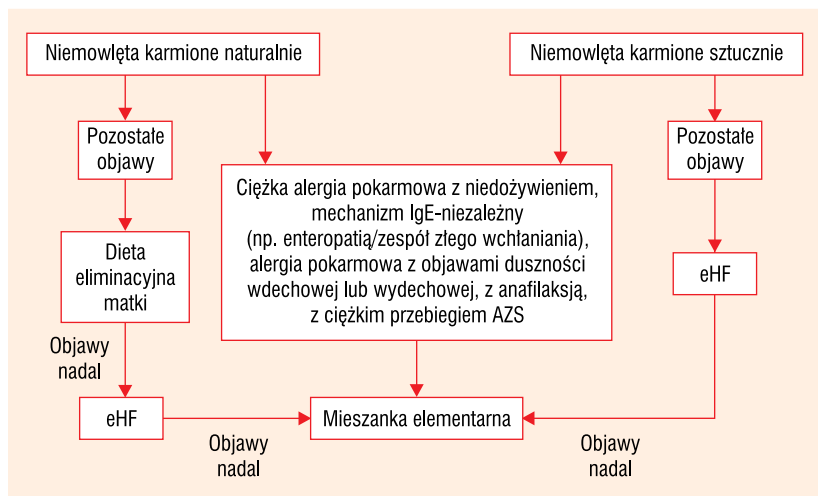
specjalistą, który, poznając patomechanizm choroby, jest w stanie udzielić lekarzowi rodzinnemu wskazówek dotyczących odpowiedniego zbilansowania diety eliminacyjnej i rozszerzania jadłospisu. Zadaniem specjalisty jest ponadto prowadzenie leczenia pozostałymi zaawansowanymi metodami (np. leczenie eozynofilowego zapalenia żołądka i jelit).

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

Diagnostyka

W drugim półroczu życia dziecka najczęstszą chorobą alergiczną jest atopowe zapalenie skóry (AZS). W codziennej praktyce lekarskiej w ustaleniu rozpoznania pomoc-

” Próby prowokacji powinny być przeprowadzane przez lekarza w gabinecie wyposażonym w zestaw przeciwwstrząsowy z częstotnością 6–12 miesięcy u dzieci na diecie do 2. rż. i co 12–18 miesięcy po ukończeniu 3. rż.



Rycina 3. Wybór mieszanki hypoalergiczej z uwzględnieniem sposobu karmienia i objawów towarzyszących [3, 8]; eHF — zhydrolizowana mieszanka mlekozastępcza

Ze względu na niepotwierdzoną skuteczność kliniczną nie należy używać w diagnostyce metod niekonwencjonalnych w tym ALCAT-testu czy MRT-testu

ne może być wykorzystanie nieinwazyjnych kryteriów zaproponowanych przez Williamsa i wsp. odznaczających się wysoką swoistością i czułością (tab. 2). O AZS u dziecka świadczy obecność świądu i spełnienie ≥ 3 mniejszych kryteriów [15]. Przed włączeniem leczenia lub do oceny jego skuteczności wskazane jest określenie stopnia ciężkości choroby. Spośród standaryzowanych skal najbardziej przydatna w praktyce lekarza rodzinnego jest skala *Eczema Area and Severity Index* (EASI) [16, 17]. Lekarz w ciągu kilku minut określa zaawansowanie choroby w 4 obszarach ciała: głowy i szyi, kończyn górnych, kończyn dolnych, tułowia, biorąc pod uwagę następujące ce-

chy — nasilenie rumienia, grubość naskórka, obecność przeczosów i stopień lichenifikacji (ryc. 4).

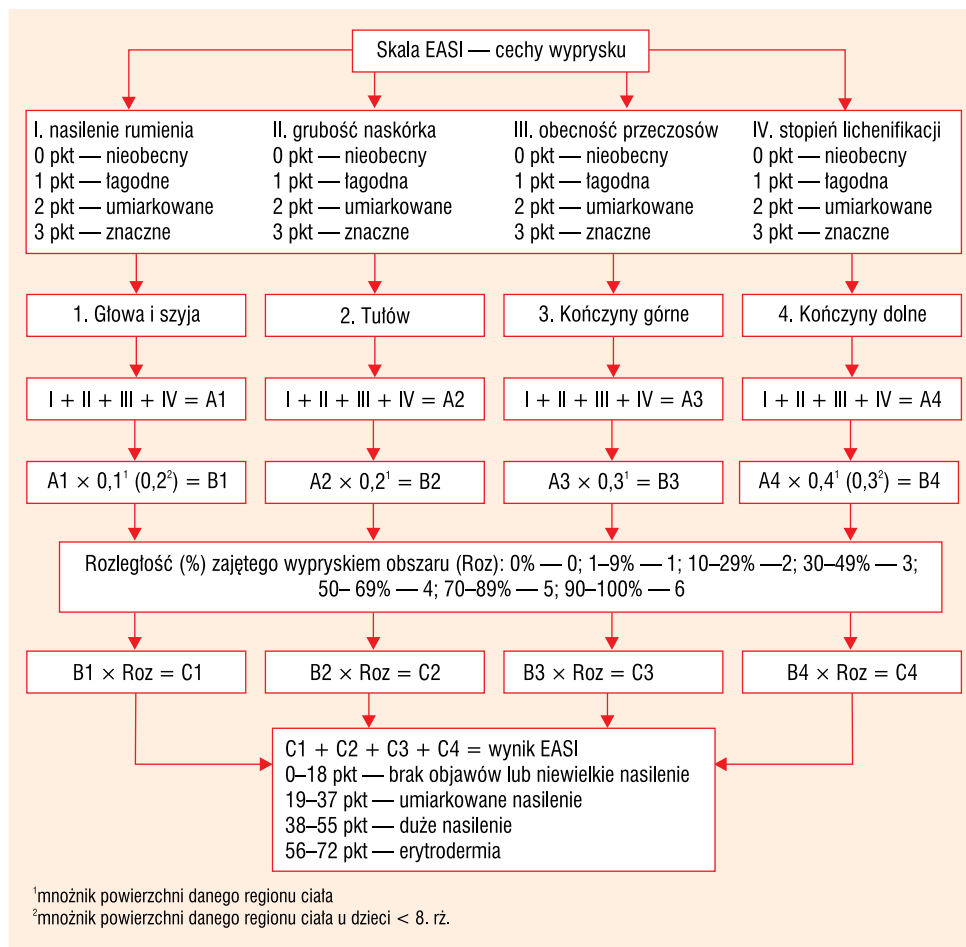
Leczenie

Leczenie AZS jest wyłącznie objawowe. Od kilkunastu lat wiadomo jednak, że za charakterystyczną dla choroby suchość skóry i towarzyszący świąd odpowiada zwiększona przeznaskórkowa utraty wody. Kluczowym więc elementem postępowania profilaktyczno-leczniczego w warunkach lekarza rodzinnego jest systematyczne nawilżanie i natłuszczenie suchej skóry. Najlepszymi preparatami odbudowującymi zniszczoną barierę naskórkową są emolienty. Wybierając dla chorego emolient, należy zwrócić uwagę na jego skład. Preferowane są preparaty zawierające kwas tłuszczowy, estry długołańcuchowe, wosk pszczeli, mono-, di-, trójglicerydy, mannitol, glicerol, sorbitol oraz 5–10-procentowy moczniak. U dzieci poniżej 2. rż. nie zaleca się natomiast preparatów z owsem czy glikolem propylenowym ze względu na ich działanie alergizujące. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami emolienty powinny być stosowane na wilgotną skórę co najmniej 2–3 \times /d. (krem, maść) i dodawane na 2 ostatnie minuty do kąpieli w wodzie o temperaturze 27–30°C (emulsje, olejki) (dowód C). O systematyczności i częstości stosowania emolientów świadczy

Tabela 2

Kryteria rozpoznania atopowego zapalenia skóry według Williamsa (modyfikacja własna)

Kryterium większe	Kryterium mniejsze	
	< 4. rż.	> 4. rż. i dorośli
Świąd u pacjenta	Dane z wywiadu: 1. Obecność AZS u krewnego pierwszego stopnia 2. W przeszłości zmiany wypryskowe na policzkach Dane z badania przedmiotowego: 3. Aktualnie wyprysk na policzkach, czole i zewnętrznej pow. kończyn	Dane z wywiadu: 1. Dodatni wywiad osobniczy w kierunku astmy lub alergicznego nieżytu nosa 2. Początek poniżej 2 rż 3. Wyprysk w miejscach typowych 4. Uogólniona suchość skóry w ciągu ostatniego roku Dane z badania przedmiotowego: 5. Aktualnie obecny wyprysk w zgjęciach łokci, kolan, szyi, z przodu kostki



Rycina 4. Ocena nasilenia AZS przy użyciu skali EASI (modyfikacja własna)

ilość zużytego preparatu. W zależności od ciężkości choroby w ciągu tygodnia dziecko powinno użyć około 150–200 g preparatu.

Oprócz nawilżania główną rolę w terapii AZS odgrywa miejscowe leczenie przeciwzapalne. Panel ekspertów zaleca stosowanie w zaostrzeniach miejscowo działających glikokortykosteroidów (mGKS) klasy I–III (leki I rzutu) 1 ×/d. przez 14 dni (wytyczne polskie) lub do ustąpienia świądu (wytyczne europejskie). W każdym przypadku występowania zmian w miejscach delikatnych: na powiekach, w okolicy krocza i narządów płciowych, w okolicy ust i fałdów skórnych lub u dzieci z przeciwwskazaniem do stosowania steroidów lekami I rzutu są inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus). W okresie remisji rekomendowane jest dłu-

gotwałe leczenie mGKS (2–3 ×/tydz. w dawce równoważnej: u niemowląt 15 g/tydz., u mniejszych dzieci 30 g/tydz., u nastolatków do 60–90 g/tydz.) (dowód A) w połączeniu z emolientami (2 ×/d.), które pozwalają na zmniejszenie dawki steroidu i przyspieszają proces regeneracji skóry. Aby emolienty spełniły swoją funkcję, powinny być nakładane w odstępie 15 minut od mGKS — w postaci kremu przed, zaś w postaci maści po aplikacji mGKS [18–20].

Najbardziej dokuczliwym objawem AZS jest świąd. Wyniki licznych badań wskazują, iż głównym mechanizmem wyzwalającym świąd jest uszkodzenie bariery naskórkowej. Nieuzasadnione wydaje się więc podawanie doustnych leków przeciwhistaminowych w celu jego eliminacji. Leki przeciwhistaminowe po-

Przy ostrych ciężkich objawach alergii pokarmowej lekiem doraźnym ratującym życie jest adrenalina, a nie lek przeciwhistaminowy

Spośród standaryzowanych skal najbardziej przydatna w praktyce lekarza rodzinnego jest skala EASI

Kluczowym więc elementem postępowania profilaktyczno-leczniczego w warunkach lekarza rodzinnego jest systematyczne nawilżanie i natłuszczenie suchej skóry

Panel ekspertów zaleca stosowanie w zaostrzeniach miejscowo działających glikokortykosteroidów (mGKS) klasy I–III (leki I rzutu) 1 ×/d. przez 14 dni lub do ustąpienia świądu

winny być zarezerwowane jedynie dla dzieci, u których współistnieją inne choroby alergiczne (dowód A) [21–23].

Uszkodzona bariera naskórkowa zwiększa ponadto ryzyko występowania zakażeń. W każdym przypadku stwierdzenia obecności zakażenia zalecane jest leczenie ogólnoustro-

jowe, pamiętając, że najczęstszym patogenem bakteryjnym kolonizującym skórę u chorych jest gronkowiec złocisty.

Pozostałe możliwe metody diagnostyki i leczenia przeznaczone są dla specjalistów, do których po wstępnym rozpoznaniu powinno być skierowane dziecko.



W okresie remisji rekomendowane jest długotrwałe leczenie mGKS (2–3 ×/tydz. w dawce równoważnej: u niemowląt 15 g/tydz., u mniejszych dzieci 30 g/tydz., u nastolatków do 60–90 g/tydz.) w połączeniu z emolientami

PIŚMIENNICTWO

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351: 1225–1232.
2. ECAP. Wyniki — streszczenie. Komunikat (online). (dostęp: 2013.03.08): http://ecap.pl/pdf/ECAP_wyniki_pl.pdf.
3. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Diagnosis and management of food allergy (online). (dostęp: 2013.09.08): <http://www.eaaci.org/attachments/EAACI%20Food%20Allergy%20Management%20&%20Diagnosis.pdf>.
4. Kaczmarski M. Alergia pokarmowa od rozpoznania do leczenia. *Alerg. Astma Immunol.* 2006; 11 (supl. 1): 133–135.
5. Wąsowska-Królikowska K. Kompetencje lekarza pierwszego kontaktu i specjalisty w opiece nad dzieckiem z alergią pokarmową. Zagadnienia żywienia w pediatrii. *Ovita Nutricia*, Warszawa 2000; 1–3.
6. Watson T. Food allergy in children. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 1995; 13: 347–359.
7. Noimark L., Cox H. Nutritional problems related to food allergy in childhood. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2008; 19: 188–195.
8. Vandenplas Y., Brueton M., Dupont C. i wsp. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch. Dis. Child* 2007; 92: 902–908.
9. Cudowska B., Kaczmarski M., Sawicka-Żukowska M. Objawy ze strony przewodu pokarmowego u dzieci z alergią wielowązową. *Przegl. Pediatr.* 2010; 40: 16–20.
10. Sampson H., Gerth van Wijk R., Bindslev-Jensen C. i wsp. Standardizing double-blind, placebo-controlled oral food challenges: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology-European Academy of Allergy and Clinical Immunology PRACTALL consensus report. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012; 130: 1260–1274.
11. Soares-Weiser K., Panesar S., Rader T. i wsp. Diagnosis of food allergy: protocol for a systematic review. *Clin. Transl. Allergy* 2013; 3: 1–5.
12. Stapel S., Asero R., Ballmer-Weber B. i wsp. Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy* 2008; 63: 793–796.
13. Host A., Halken S. Hypoallergenic formulas — when, to whom and how long; after more than 15 years we know the right indication! *Allergy* 2004; 59 (supl. 78): 45–52.
14. de Silva D., Panesar S., Rader T. i wsp. The acute and long-term management of food allergy: protocol for a rapid systematic review. *Clin. Transl. Allergy* 2013; 3: 1–5.
15. Williams H., Burney P., Pembroke A. i wsp. The working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis: III independent hospital validation. *Br. J. Dermatol.* 1994; 131: 406–416.
16. Rullo V., Segato A., Kirsh A., Sole D. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of two scoring systems. *Allergol. Immunopathol. (Madr)* 2008; 36: 205–211.
17. Schmitt J., Langan S., Williams H. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007; 120: 1389–1398.
18. Ring J., Alomar A., Bieber T. i wsp. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012; 26: 1045–1060.
19. Ring J., Alomar A., Bieber T. i wsp. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012; 26: 1176–1193.
20. Gliński W., Kruszewski J. (red.). *Atopowe zapalenie skóry u dzieci i dorosłych. Stanowisko Panelu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego*, Warszawa 2012.
21. Silny W., Czarnecka-Operacz M., Gliński W. i wsp. Atopowe zapalenie skóry — współczesne poglądy na patomechanizm oraz metody postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Stanowisko grupy specjalistów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Post Dermatol. Alergol.* 2010; XXVIII: 365–383.
22. Langeland T., Fagertun H., Larsen S. Therapeutic effect of loratadine on pruritus in patients with atopic dermatitis. A multi-crossover designed study. *Allergy* 1994; 49: 22–26.
23. Munday J., Bloomfield R., Goldman M. i wsp. Chlorpheniramine is no more effective than placebo in relieving the symptoms of childhood atopic dermatitis with a nocturnal itching and scratching component. *Dermatology* 2002; 205: 40–45.