

А.А. Бабкин, Д.В. Голыгина, И.К. Богомолова

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация

Кожный мастоцитоз у ребенка первого года жизни: клинический случай

Контактная информация:

Бабкин Артём Александрович, ассистент кафедры педиатрии факультета дополнительного профессионального образования Читинской государственной медицинской академии

Адрес: 672000, Чита ул. Горького, д. 39а, тел. раб.: +7 (3022) 32-00-85 (доп. 103), e-mail: aa-babkin@mail.ru

Статья поступила: 05.09.2025, принята к печати: 16.12.2025

464

Обоснование. Кожный мастоцитоз у детей является редким заболеванием с благоприятным исходом в большинстве случаев, однако в возрасте старше 10 лет течение заболевания может осложниться трансформацией в тучноклеточный лейкоз. У детей раннего возраста возможны сложности в интерпретации кожных синдромов заболевания.

Описание клинического случая. Описан случай распространенного кожного мастоцитоза у ребенка раннего возраста с регрессом клинической картины к 11 мес. Заболевание дебютировало в 2 мес, когда на теле в местах естественных складок появились высыпания. У пациента при клиническом осмотре диагностирован симптом Дарье – Унны. При лабораторном обследовании зафиксировано увеличение концентрации общей триптазы сыворотки до 17 мкг/л, общего IgE – до 116 МЕ/мл. На фоне терапии антигистаминным препаратом второго поколения в возрастной дозировке и применения пимекролимуса 1% в течение 11 мес зарегистрирована положительная динамика – купирование кожного синдрома, уменьшение выраженности элементов кожной сыпи. **Заключение.** У детей раннего возраста с признаками аллергического заболевания при слабоположительной динамике кожного процесса на фоне терапии необходимо проводить дифференциальную диагностику с кожной формой мастоцитоза.

Ключевые слова: клинический случай, дети, кожный мастоцитоз, аллергия, пимекролимус, антигистаминные препараты

Для цитирования: Бабкин А.А., Голыгина Д.В., Богомолова И.К. Кожный мастоцитоз у ребенка первого года жизни: клинический случай. Вопросы современной педиатрии. 2025;24(6):464–468. doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i6.2984>

ОБОСНОВАНИЕ

Мастоцитоз — заболевание, характеризующееся накоплением тучных клеток в коже, костном мозге, желудочно-кишечном тракте, печени, селезенке и лимфатических тканях [1]. Впервые клиническую картину мастоцитоза у двухлетней девочки описал Е. Nettleship в 1869 г. [2]. Позже, в 1878 г., А. Sangster назвал это заболевание пигментной крапивницей [3]. J. Ellis в 1949 г. обнаружил, что тучные клетки проникают в кожу и внекожные органы, такие как печень, селезенка, костный мозг и лимфатические узлы [4].

Мастоцитоз может манифестировать в любом возрасте, независимо от расы и пола [5]. Диагноз «кожный мастоцитоз» устанавливается на основании клинических данных, положительного симптома Дарье – Унны

(при трении шпателем, пальцем пятно или папулы краснеют и увеличиваются в объеме) и при необходимости — на результатах гистопатологического исследования [6]. Профилактика обострений кожного мастоцитоза заключается в устранении факторов, вызывающих дегрануляцию тучных клеток (тепло, трение, укусы ядовитых насекомых, прием нестероидных противовоспалительных препаратов) [7]. Лечение болезни с доказанной эффективностью не разработано, но сообщалось, что для облегчения симптомов можно использовать блокаторы H₁- и H₂-гистаминных рецепторов, кромогликат натрия для местного и перорального применения, кетотифен, системные и местные глюкокортикоиды, а также пимекролимус [7]. Вместе с тем, требует решения вопрос продолжительности наружной терапии мастоцитоза [8].

Artem A. Babkin, Diana V. Golygina, Irina K. Bogomolova

Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation

Cutaneous Mastocytosis in an Infant: Case Study

Background. Cutaneous mastocytosis in children is a rare disease with benign outcome in most cases, however, its course can be aggravated by transformation into mast cell leukemia at the age over 10 years. Moreover, interpreting disease skin syndromes can be challenging in infants. **Case description.** Case of generalized cutaneous mastocytosis in an infant with regression of the clinical picture by the age of 11 months is described. Disease onset was at 2 months: rashes appeared in the body folds. The patient was diagnosed with Darier – Unna sign upon clinical examination. Laboratory examination has revealed increased total serum tryptase up to 17 µg/l, total IgE — up to 116 IU/ml. There were positive changes (skin syndrome relief, decrease in rashes severity) on treatment with second-generation antihistamine at an age dosage and pimecrolimus 1% for 11 months. **Conclusion.** It is crucial to perform differential diagnosis with cutaneous mastocytosis in infants with signs of allergic disease and low-positive dynamics of skin process during therapy.

Keywords: case study, children, cutaneous mastocytosis, allergy, pimecrolimus, antihistamine

For citation: Babkin Artem A., Golygina Diana V., Bogomolova Irina K. Cutaneous Mastocytosis in an Infant: Case Study. Вопросы современной педиатрии — Current Pediatrics. 2025;24(6):464–468. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i6.2984>

Из всех ранее опубликованных работ по кожному мастицитозу у детей раннего возраста [9–11] ни одному ребенку в возрасте до 1 года жизни не установлен правильный диагноз при наличии характерных кожных элементов. Проблема несвоевременной диагностики сохраняется и у детей старше года, притом что манифестация болезни в первые месяцы жизни расценивалась преимущественно как аллергический дерматит [12–14]. У детей раннего возраста отмечено благоприятное течение заболевания, тогда как у детей в возрасте старше 10 лет (по данным анализа 1747 случаев) течение мастицитоза отличается неблагоприятным развитием и высоким риском трансформации в тучноклеточный лейкоз [15].

Малочисленные данные о случаях кожного мастицитоза у детей раннего возраста, сложности правильной интерпретации кожных синдромов обосновывают необходимость междисциплинарного подхода, а также мониторинга эффективности проводимых лечебных мероприятий. Представленный ниже клинический случай содержит описание результатов наблюдения за младенцем с кожным мастицитозом на протяжении 7 мес с анализом эффективности длительного применения пимекролимуса 1%.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

О пациенте

Мальчик М., возраст 5 мес, госпитализирован с жалобами родителя на высыпания на теле ребенка.

Анамнез заболевания

По данным медицинской документации, у ребенка с 2 мес отмечаются высыпания на теле, преимущественно в местах естественных складок, подмышечной и паховой областях. На передней и задней поверхности бедра, груди сыпь 0,2–0,5 см, возвышающаяся над поверхностью кожи. Участковым педиатром установлен диагноз: «Атопический дерматит, младенческая форма, ограниченный процесс, легкой степени тяжести». Консультирован дерматологом, зафиксированы высыпания на коже груди и бедер в виде единичных папул. Диагноз: «Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена». Ребенок получал следующее лечение: гипоаллергенная диета — 14 сут, хлоропирамин 6,25 мг — 1 раз в сутки *per os* независимо от приема пищи № 3, раствор натрия тиосульфата 30% + вода 1 : 5 по 1 чайной ложке — 3 раза в сутки № 10 *per os* (после

Рис. 1. Пациент М., возраст 5 мес, с мастицитозом кожи до лечения

Fig. 1. Patient M., 5 months old, with cutaneous mastocytosis before treatment



Примечание. На коже грудной клетки (А, Б) и предплечий (В) мелкоточечная сыпь с везикулами и корочками (после вскрытия везикул).
Источник: Бабкин А.А., 2024.

Note. There is small-point rash with vesicles and crusts (after vesicles opening) on chest (A, B) and forearms (B) skin.
Source: Babkin A.A., 2024.

еды), полиметилсилоксана полигидрат — 2 раза в сутки № 5 *per os* (за 1,5 часа до еды), наружно мазь гидрокортизона + окситетрациклин 0,05% — 2 раза в сутки № 10.

При контрольном осмотре через 1 мес на фоне проводимой терапии отмечена слабоположительная динамика кожных проявлений болезни. Сохраняются крупные высыпания по телу, единичные элементы на нижних конечностях, выступают над поверхностью кожи, затушеваны раствором для наружного применения (борная кислота + резорцин + фенол + фуксин), небольшая отечность века слева, отделяемого нет. Рекомендации: вскармливание грудное по требованию, смесь «Нутрилон Пепти аллергия» по 150 мл 6 раз в сутки, прогулки на свежем воздухе, консультация повторно с участием дерматолога, гастроэнтеролога, аллерголога и офтальмолога, обработка глаз раствором нитрофурала до 5 раз в сутки; повторное обращение в возрасте 5 мес.

Анамнез жизни

Ребенок рожден от четвертой беременности (третий роды) на сроке 38 нед путем кесарева сечения. Беременность протекала на фоне гестационного сахарного диабета. Вскрмливание грудное до 2 мес, далее смешанное, добавлена смесь «Нутрилон Пепти аллергия». Жилищно-бытовые условия: частный дом, печное отопление, имеются домашние цветы. Вредные привычки в семье: отец ребенка курит.

Аллергологический анамнез: у матери — поллиноз, бронхиальная астма; у средней сестры — атопический дерматит.

Физикальная диагностика

При поступлении состояние удовлетворительное. Сознание сохранено. Кожные покровы бледно-розовые, на коже грудной клетки, предплечий мелкоточечная сыпь с везикулами, после вскрытия остаются корочки (рис. 1). Положительный симптом Дарье — Унны. Гиперпигментация сохраняется до 4-месячного возраста. Перкуторно над легкими выслушивается легочный звук. При аусcultации в легких дыхание пузирьное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 42/мин. Тоны сердца звучные, ясные. Шумов нет. Частота сердечных сокращений — 128 уд./мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Предварительный диагноз

Кожный mastоцитоз? Аллергический дерматит?

Динамика и исходы

При дополнительном обследовании в первые 3 дня с момента госпитализации выявлено повышение концентрации общей триптазы сыворотки крови до 17 мкг/л (норма до 11 мкг/л). Иммунограмма гуморальная: уровень IgA, IgM и IgG в пределах нормы, IgE увеличен до 116 МЕ/мл (норма до 80 МЕ/мл). Общеклинический анализ крови: без патологических изменений. Биохимический анализ крови: увеличение активности аспартатаминотрансферазы до 43 Ед/л (норма 0–35 Ед/л), снижение концентрации мочевой кислоты до 149,9 мкмоль/л (норма 210–432 мкмоль/л).

На 7-е сут стационарного лечения по данным УЗИ органов брюшной полости: гепатосplenомегалия, размеры печени по среднеключичной линии, максимальный размер — 7,9 см; размеры селезенки — 70 × 19 мм.

Консультирован аллергологом на 1-й нед госпитализации: предположен кожный mastоцитоз, рекомендовано провести дифференциальную диагностику с атопическим дерматитом.

Лечение: режим общий, диета — грудное вскармливание + смесь «Нутрилон Пепти аллергия» 120 мл; колекальциферол 1000 МЕ 1 раз в сутки, длительно; пимекролимус 1% 2 раза в сутки в течение 10 сут, затем по 1 разу в сутки, курс — 30 сут; эмоленты (средства для купания и после купания) длительно; цетиризин по 3 капли 1 раз в сутки, курс — 14 сут.

На фоне этой терапии отмечена незначительная положительная динамика, кожные высыпания стали менее выраженными. Пациент выписан на 14-е сут с улучшением под наблюдение аллерголога по месту жительства.

При динамическом наблюдении на амбулаторном этапе в возрасте 6 мес в биохимическом анализе крови — повышение активности лактатдегидрогеназы до 282 Ед/л (норма 0–248 Ед/л). УЗИ органов брюшной полости: признаки реактивных изменений паренхимы печени, увеличение размеров селезенки (70 × 20 мм; норма 52 мм), структура однородная. Рекомендовано продолжить применение пимекролимуса 1% в ежедневном режиме на пораженные участки тела 1 раз в день длительно с контрольными точками у аллерголога, без самостоятельной отмены.

Рис. 2. Пациент М., возраст 12 мес, с mastоцитозом кожи на фоне терапии

Fig. 2. Patient M., age 12 months, with cutaneous mastocytosis during therapy



Примечание. А, Б — регресс кожных симптомов на фоне терапии пимекролимусом 1%.

Источник: Бабкин А.А., 2025.

Note. A, B — regression of skin lesions during pimecrolimus 1% administration.

Source: Babkin A.A., 2025.

При контрольном осмотре в возрасте 7 мес в общеклиническом анализе крови эозинофilia 8%; в возрасте 8 мес — анемия (гемоглобин — 116 г/л; норма 130–173 г/л), гематокрит — 34,9% (норма 39–50%), MCV — 80 фл (норма 80,3–103,4 фл), лимфоцитоз — 71,3% (норма 18–38%), моноцитоз — 12,03% (норма 0–10%), незрелые гранулоциты — 0,1 (в норме отсутствуют). Тогда же консультирован аллергологом: кожные покровы бледно-розовые, по всему телу множество расчесов, везикулы папулезные с изъязвлениями, на коже стоп шелушение отрубевидное. К терапии добавлена мазь метилпреднизолона ацепонат 0,1% — на пораженные участки стоп, тонким слоем. В динамике сыпи стало меньше. В возрасте 8 мес заболел с повышением температуры тела до 39,5 °C, обращались за медицинской помощью, выставлен диагноз: «Острый ринофарингит». В течение недели после инфекции применяли хлоропирамин, динамика положительная — уменьшение количества высыпаний на теле. Рекомендовано продолжить прием пимекролимуса 1% на пораженные участки кожи 1 раз в сутки до следующего обращения.

Динамическое наблюдение аллергологом в возрасте 11 и 12 мес. На фоне терапии препаратом пимекролимус 1% на пораженные участки кожи в возрасте 12 мес у ребенка регистрируются единичные папулезные высыпания на туловище, конечностях с положительной динамикой (рис. 2). При кожном зуде получал цитеризин по 5 капель 1 раз в сутки.

Прогноз

Для выздоровления благоприятный (пациент в клинической ремиссии). Для жизни — благоприятный.

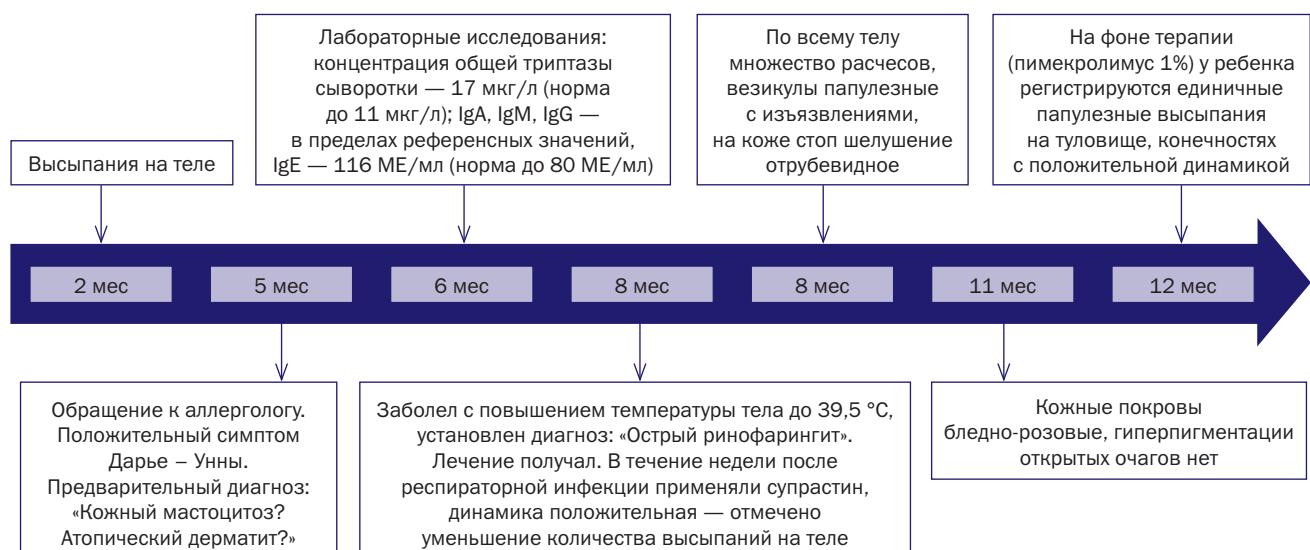
Временная шкала

Хронология развития кожного mastоцитоза у пациента М., ключевые события болезни и прогноз представлены на рис. 3.

ОБСУЖДЕНИЕ

Дебют заболевания у нашего пациента пришелся на возраст 2 мес, что совпадает с данными опроса родителей 163 детей с mastоцитозом, проведенного в Санкт-Петербурге [10]. В работе Л.К. Асламазян и соавт. первые кожные симптомы mastоцитоза также диагностировали с первых месяцев жизни [16]. Однако по другим данным, первые симптомы болезни фиксировали в среднем в возрасте 9 мес [17]. Кожные симптомы в нашем клиническом наблюдении появились в местах естественных складок, зуд невыраженный, что согласуется с данными других наблюдений [9, 12, 13]. Относительная редкость кожного зуда описана в работах В.Г. Потапенко и соавт., Е.И. Касихиной и соавт. [10, 11]. Кожные проявления mastоцитоза у ребенка первого года жизни неправильно интерпретированы педиатром как признаки атопического дерматита. Однако высыпания, везикулезно-папулезная сыпь с изъязвлениями нехарактерны для этого заболевания и должны насторожить в отношении наличия у пациента редкого заболевания кожи. Нами зафиксирован положительный феномен Дарье – Унны, что также отмечено у 44% обследованных в Санкт-Петербурге [10]. Обычно заболевание протекает в доброкачественной форме и имеет тенденцию к регрессии до наступления половой зрелости [10]. Однако сербскими исследователями при динамическом наблюдении за пациентами с кожным mastоцитозом установлено, что у 7% детей симптомы сохраняются старше 18 лет [6].

Рис. 3. Пациент М.: хронология развития болезни, ключевые события и прогноз
Fig. 3. Patient M.: disease course, key events, and prognosis



В нашем наблюдении установлена анемия, что совпадает с ранними работами [9, 14], однако изменения в общеклиническом анализе крови не являются ведущими [12, 13]. В частности, эозинофилия до 8% выявлена у нашего пациента в возрасте 7 мес, что также фиксировали С.С. Арифов и соавт. у близнецов с мастицитозом, в то время как в других работах таких изменений не отмечено [12–14]. Нами обнаружено повышение концентрации трипазы крови, что отмечено и в других работах [10, 12, 14], но не во всех [9, 11, 13]. Концентрация общего IgE не является маркером мастицитоза [8], однако нами обнаружено заметное превышение концентрации IgE (в 1,45 раза от верхней границы референсного интервала), что согласуется с данными С.С. Арифова и соавт., О.В. Жуковой и соавт. [9, 14] и вместе с увеличением количества эозинофилов свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики с атопическим дерматитом.

Гепатосplenомегалия у детей с мастицитозом по данным УЗИ описана в единичных случаях [11]. У нашего пациента увеличение печени и селезенки обнаружено в возрасте 5 мес с сохранением изменений в селезенке до 6-месячного возраста. При этом многие авторы [9, 12, 14] при проведении УЗИ органов брюшной полости таких изменений у детей с мастицитозом не обнаружили.

Поздняя диагностика мастицитоза и, соответственно, нерациональная терапия заболевания (в частности, неприменение пимекролимуса 1%) отмечены в нескольких исследованиях и наблюдениях [9, 12–14]. Нами наблюдалась положительная динамика признаков болезни на фоне терапии пимекролимусом 1% у ребенка в возрасте до года. Целесообразность применения этого препарата отмечена в методических рекомендациях Департамента здравоохранения г. Москвы [8]. При этом не уточнен временной интервал применения крема. Другая специфическая терапия мастицитоза не разработана. Вместе с тем, рекомендуется избегать воздействия провоцирующих факторов (укусы ядовитых насекомых, прием нестероидных противовоспалительных препаратов), механических и физических раздражителей, резких перепадов температуры [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует важность и своевременность дифференциальной диагностики аллергических заболеваний кожи в случае недостаточности эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мер в отношении аллергодерматоза, требующих дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, в частности с мастицитозом. Длительное применение пимекролимуса 1% (более 5 мес) способствовало регрессу кожного синдрома.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От родителя ребенка получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию результатов его обследования и лечения (дата подписания: 17.10.2024).

INFORMED CONSENT

Patient's parent has signed informed written voluntary consent on the publication of his diagnosis and management results (signed on 17.10.2024).

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not declared.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not specified.

ВКЛАД АВТОРОВ

А.А. Бабкин — определение концепции, работа с данными, разработка методологии, администрирование проекта, руководство исследованием, визуализация, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

Д.В. Голыгина — работа с данными, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

И.К. Богомолова — работа с данными, руководство исследованием, пересмотр и редактирование рукописи.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Artem A. Babkin — study concept, data processing, methodology development, project administration, study management, visualization, manuscript draft writing, manuscript revision and editing.

Diana V. Golygina — data processing, manuscript draft writing, manuscript revision and editing.

Irina K. Bogomolova — data processing, study management, manuscript revision and editing.

ORCID

А.А. Бабкин

<https://orcid.org/0000-0002-8046-9882>

Д.В. Голыгина

<https://orcid.org/0009-0004-0150-3264>

И.К. Богомолова

<https://orcid.org/0000-0003-4668-6071>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Macri A, Cook C. Urticaria Pigmentosa. 2023 Nov 13. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Branford WA. Edward Nettleship (1845–1913) and the description of urticaria pigmentosa. *Int J Dermatol*. 1994;33(3): 214–216. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1994.tb04957.x>
3. Sangster A. An anomalous mottled rash, accompanied by pruritus, factitious urticaria and pigmentation, 'urticaria pigmentosa (?). *Trans Clin Soc Lond*. 1878;11:161–163.
4. Ellis JM. Urticaria pigmentosa; a report of a case with autopsy. *Arch Pathol*. 1949;48(5):426–435.
5. Lappe U, Aumann V, Mittler U, Gollnick H. Familial urticaria pigmentosa associated with thrombocytosis as the initial symptom of systemic mastocytosis and Down's syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003;17(6):718–722. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00834.x>
6. Popadic S, Lalosevic J, Lekic B, et al. Mastocytosis in children: a single-center long-term follow-up study. *Int J Dermatol*. 2023;62(5):616–620. doi: <https://doi.org/10.1111/ijd.16612>
7. Ewulu A, Cardis MA, Carter MC, Habeshian KA. A widespread blistering eruption: diffuse cutaneous mastocytosis. *Dermatol Online J*. 2023;29(6). doi: <https://doi.org/10.5070/D329663004>
8. Кожный mastоцитоз у детей: клиника, диагностика, лечение: методические рекомендации / сост. Н.Н. Потекаев и др. — М.: ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»; 2023. — 40 с. [Kozhnyi mastоцитоз u detei: klinika, diagnostika, lechenie: Guidelines. Potekaev NN, et al. Moscow: Moscow Center for Dermatovenereology and Cosmetology; 2023. 40 p. (In Russ.)] Доступно по: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/science/default/download/1054.html>. Ссылка активна на 01.12.2025.
9. Арифов С.С., Ганиева Ш.Т., Маликова Н.Н. и др. Клинический случай кожного mastоцитоза у близнецов // Дерматовенерология. Косметология. — 2024. — Т. 10. — № 3. — С. 346–352. — doi: <https://doi.org/10.34883/Pl.2024.10.3.026> [Arifov S, Ganieva Sh, Malikova N, et al. Clinical Case of Cutaneous Mastocytosis in Twins. *Dermatovenereology. Cosmetology*. 2024;10(3):346–352. (In Russ). doi: [https://doi.org/10.34883/Pl.2024.10.3.026\]](https://doi.org/10.34883/Pl.2024.10.3.026)
10. Потапенко В.Г., Байков В.В., Бойченко Э.Г. и др. Mastоцитоз у детей. Проспективное исследование 163 пациентов с помощью дистанционного анкетирования родителей // Российский журнал детской гематологии и онкологии. — 2021. — Т. 8. — № 2. — С. 13–25. — doi: <https://doi.org/10.21682/2311-1267-2021-8-2-13-25> [Potapenko VG, Baykov VV, Boychenko EG, et al. The clinical course of cutaneous mastocytosis in a prospective group of 163 children according to electronic parent survey. *Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*. 2021;8(2):13–25. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.21682/2311-1267-2021-8-2-13-25>]
11. Касихина Е.И., Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Острецова М.Н. Мономорфный тип взаимодействия // Онкогематология. — 2025. — Т. 20. — № 2. — С. 30–36. — doi: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2025-20-2-30-36> [Kasikhina EI, Potekaev NN, Zhukova OV, Ostretsova MN. Monomorphic type of maculopapular cutaneous mastocytosis: rationale for interdisciplinary collaboration. *Onkogematoziya = Oncohematology*. 2025;20(2):30–36. (In Russ). doi: [https://doi.org/10.17650/1818-8346-2025-20-2-30-36\]](https://doi.org/10.17650/1818-8346-2025-20-2-30-36)
12. Ибисheva A.X., Шахгиреева M.R., Джабраилова L.B.-M. и др. Кожная форма mastоцитоза: клинический случай // Педиатрическая фармакология. — 2024. — Т. 21. — № 6. — С. 492–495. — doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v21i6.2811> [Ibisheva AKh, Shakhgireeva MR, Dzhabrailova LV, et al. Cutaneous mastocytosis: Clinical Case. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2024;21(6):492–495. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v21i6.2811>]
13. Валиев Т.Т., Мурашкин Н.Н., Бельшева Т.С. и др. Терапевтические подходы при диффузном кожном mastоцитозе у детей: обзор литературы и собственный клинический опыт // Вопросы современной педиатрии. — 2024. — Т. 23. — № 5. — С. 384–390. — doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i5.2794> [Valiev TT, Murashkin NN, Belysheva TS, et al. Treatment Approaches for Diffuse Cutaneous Mastocytosis in Children: Literature Review and Actual Clinical Experience. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2024;23(5):384–390. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i5.2794>]
14. Жукова О.В., Касихина Е.И., Окенаева А.К. и др. Клинические особенности mastоцитомы кожи у детей из Кыргызстана // Южно-Уральский медицинский журнал. — 2023. — № 2. — С. 36–45. [Zhukova OV, Kasikhina EI, Okenaeva AK, et al. Clinical features of cutaneous mastocytoma in children from Kyrgyzstan. *South Ural Medical Journal*. 2023;(2):36–45. (In Russ).]
15. Méni C, Bruneau J, Georghi-Lavialle S, et al. Paediatric mastocytosis: a systematic review of 1747 cases. *Br J Dermatol*. 2015;172(3):642–651. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.13567>
16. Асламазян Л.К., Эфендиева К.Е., Алексеева А.А. и др. Клинические случаи: ошибки в диагностике кожных форм mastоцитоза у детей // Педиатрическая фармакология. — 2022. — Т. 19. — № 3. — С. 258–262. — doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v19i3.2439> [Aslamazyan LK, Efendieva KE, Alekseeva AA, et al. Clinical Cases: Diagnostic Errors of Mastocytosis Cutaneous Forms in Children. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2022;19(3):258–262. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v19i3.2439>]
17. Celik HI, Guvenir FA, Emeksiz ZS, Misirlioglu ED. Evaluation of allergic diseases in children diagnosed with cutaneous mastocytosis. *Allergy Asthma Proc*. 2025;46(1):e1–e5. doi: <https://doi.org/10.2500/aap.2025.46.240093>