

# Болезнь Дюринга. Дерматит герпетiformный



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

## Категории МКБ: Дерматит герпетiformный (L13.0)

## Разделы медицины: Дерматовенерология

## Общая информация

## Краткое описание

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «29» июня 2017 года

## Протокол №24

**Герпетiformный дерматит (*dermatitis herpetiformis Duhring*; болезнь Дюринга)** – воспалительное заболевание кожи, ассоциированное с глютеновой энтеропатией и характеризующееся полиморфными зудящими высыпаниями, хроническим рецидивирующим течением, гранулярным отложением IgA в сосочках дермы.

## ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

### Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
L 13.0	Болезнь Дюринга. Дерматит герпетiformный

Дата разработки протокола: 2017 год.

## Сокращения, используемые в протоколе:

ГД	герпетiformный дерматит
ПИФ	прямая иммунофлюоресценция
ИФА	иммуноферментный анализ
ГКС	глюокортикоиды
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
Ig	иммуноглобулин
в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
гр	грамм
мг	миллиграмм
мл	миллилитр

р-р	раствор
таб	таблетка

**Пользователи протокола:** врач общей практики, терапевт, педиатры, дерматовенеролог.

**Категория пациентов:** взрослые, дети.

### Шкала уровня доказательности:

<b>A</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>B</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>C</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).
<b>D</b>	Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>GPP</b>	Наилучшая клиническая практика.

# Классификация

## Классификация [1,2]:

Общепринятой классификации не существует.

В зависимости от преобладающего вида сыпи выделяют ряд клинических форм ГД [1,2]:

- буллезная;
  - герпесоподобная;
  - уртикароподобная;
  - трихофитоидная;
  - строфулезная;
  - экзематоидная.

Примечание: если герпетический везикулярный дерматит развивается под воздействием канцерогенных опухолей, то его нередко именуют параонкологическим дерматозом.

## Диагностика

## МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [1-7]

## Диагностические критерии

## Жалобы и анамнез:

## Жалобы на:

- кожные высыпания;
  - зуд различной интенсивности (выраженный, умеренный);
  - жжение.

### Из анамнеза:

- кожные заболевания в семье в прошлом и настоящем;
  - начало заболевания и его течение (длительность, количество обострений);
  - эффективность ранее проводимой терапии другие факторы.

### Физикальное обследование:

### Общий статус:

- осмотр и оценка общих свойств кожи;
  - осмотр миндалин, ушных раковин, носа, глаз;
  - оценка состояния периферических лимфатических узлов, легких, кровеносной системы, пищеварительного тракта, почек, печени (пальпация, перкуссия и аусcultация).

## Локальный статус:

- характер поражения кожи (по морфологии - экссудативный, по течению кожного процесса – хронический);
  - локализация;
  - элементы сыпи (эритема, папула, волдыри, пузыри);
  - дермографизм.

## Основные субъективные и объективные симптомы:

- хроническое, рецидивирующее течение;
  - полиморфизм высыпаний ( пятна, волдыри, папулы, пузыри );
  - склонность к группировке;
  - симметричность высыпаний;
  - преимущественное поражение разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, волосистой части головы, коленей и локтей, крестца и ягодиц;
  - характерный первичный морфологический элемент сыпи - это пузырь различных размеров, обычно с плотной покрышкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым, который возникает на отечном гиперемированном фоне. После вскрытия образуется эрозия, которая быстро эпителилизируется, оставляя гиперпигментацию;
  - отрицательный симптом Никольского.

## Лабораторные исследования (УД –В) [1-8]:

Для постановки диагноза необходимо проведение следующих лабораторных исследований.

- Цитологическое исследование: определение количества эозинофилов в содержимом пузырей (эозинофилия);
  - Гистологическое исследование биоптата кожи (полученного из свежего очага поражения, содержащего полость - пузырь): выявление субэпидермального расположения полости и определение в ней содержания фибрина, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов тата кожи;
  - ПИФ: выявление зернистых отложений иммуноглобулина класса A в сосочковом слое дермы в биоптате кожи;
  - ИФА: определение содержания IgA-антител к тканевой трансглутаминазе и содержания IgA-антител к энтомозилю в сыворотке крови.

**Инструментальные исследования:** нет.

## Показания для консультации специалистов:

- консультация гастроэнтеролога – при наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта;
  - консультация невропатолога – при наличии заболеваний нервной системы;

- консультация терапевта – при наличии сопутствующих заболеваний;  
консультация онколога – при подозрении на онкологические заболевания.

## Диагностический алгоритм: (схема)

## Диагностический алгоритм ГД

Диагностические показатели		Оценка показателя и заключение	
1	<p>а) Полиморфная сыпь ( пятна; волдыри, папулы, пузыри);</p> <p>а-1) пузыри различных размеров, обычно с плотной покрышкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым;</p> <p>а-2) эрозии быстро эпителизируются, оставляя гиперпигментацию;</p> <p>б) склонность к группировке; симметричность высыпаний;</p> <p>в) характерная локализация (преимущественное поражение разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, волосистой части головы, коленей и локтей, крестца и ягодиц);</p> <p>г) выраженный зуд;</p> <p>д) симптом Никольского отрицательный;</p>	<p>Имеются все перечисленные клинические признаки и симптомы (а (1,2), б, в, г, д).</p> <p>Провести исследование показателей №2 и/или 3.</p>	<p>Имеются некоторые перечисленные клинические признаки и симптомы (два или три из пяти (а, б, в, г, д).</p> <p>Провести исследование показателей №2,3,4,5.</p>
2	Определение количества в содержимом пузьрей (эозинофилия)	<p>Результат положительный.</p> <p>Если имеются все перечисленные клинические симптомы и признаки, диагноз ГД считается подтвержденным.</p>	<p>Результат отрицательный. Провести исследование показателей №3,4,5.</p>

3	<p>Выявление субэпидермального расположения полости и определение в ней содержания фибрина, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов путем гистологического исследования биоптата кожи, полученного из свежего очага поражения, содержащего полость (пузырь)</p>	<p>Результат положительный. Если имеются все перечисленные клинические симптомы и признаки, диагноз ГД считается подтвержденным.</p>	<p>Результат отрицательный. Провести исследование показателей №2,4,5.</p>
		<p>Результат положительный. Сопоставить с результатами</p>	<p>Результат отрицательный. Сопоставить с результатами</p>

4	<p>Выявление зернистых отложений иммуноглобулина класса А в сосочковом слое дермы в биоптате кожи методом ПИФ</p>	<p>показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями</p>	<p>показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями</p>
5		<p>Результат положительный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,4.</p>	<p>Результат отрицательный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,4.</p>
		<p>Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями</p>	<p>Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями</p>

## Дифференциальный диагноз

## Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Дифференциальную диагностику ГД проводят с вульгарной пузырчаткой, буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой токсикодермии, линеарным IgA-дерматозом, а также с атопическим дерматитом, чесоткой, папулезной крапивницей у детей.

Диагноз	Герпетиформный дерматит Дюринга	Вульгарная пузырчатка	Буллезный пемфигоид Левера	Многоформная экссудативная эритема
---------	------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------------------

Обоснование для дифференциальной диагностики	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженный зуд;</li> <li>- полиморфная сыпь ( пятна; волдыри, папулы, пузыри);</li> <li>- склонность к группировке;</li> <li>- симметричность высыпаний;</li> <li>- преимущественное поражение разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, волосистой части головы, коленей и локтей, крестца и ягодиц;</li> <li>- характерный морфологический элемент – это пузыри различных размеров, обычно с плотной покрышкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым.</li> <li>- эрозия быстро эпителизируется, оставляя гиперпигментацию; симптом Никольского отрицательный.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- мономорфная сыпь;</li> <li>- характерный морфологический элемент – это интрапидермальные пузыри с тонкой вялой покрышкой, которые быстро вскрываются;</li> <li>- первые высыпания чаще всего появляются на слизистых оболочках полости рта, носа, глотки и/или красной кайме губ;</li> <li>- боли при приеме пищи, разговоре, при проглатывании слюны. Характерные признаки - гиперсаливация и специфический запах изо рта;</li> <li>- пузыри и эрозии склонны к слиянию и периферическому росту;</li> <li>- симптом Никольского положительный;</li> <li>- в мазках отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие интенсивного зуда;</li> <li>- субэпидермальные пузыри напряженные с плотной покрышкой;</li> <li>- нет склонности к группировке;</li> <li>- чаще локализуются в области складок;</li> <li>- метод ПИФ - отложение Ig G в области базальной мембранны.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- на слизистых оболочках образуются пузыри, которые вскрываются с образованием болезненных эрозий;</li> <li>- по периферии пятен и/или отечных папул образуется отечный валик, а центр элемента, постепенно западая, приобретает цианотичный оттенок (симптом «мишени», или «радужной оболочки», или «бычьего глаза»);</li> <li>- высыпания склонны к слиянию, образуя гирлянды, дуги</li> <li>- появление сыпли сопровождается ухудшением общего состояния: недомоганием, головной болью, повышением температуры.</li> </ul>
--	---	--	---	--

## Лечение

## Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении (https://drugs.medelement.com/)

## Бетаметазон (Betamethasone)

## Гентамицин (Gentamicin)

## Гидрокортизон (Hydrocortisone)

## Гидрокортизона 17-бутират (Hydrocortisone 17-butyrate)

## Дезлоратадин (Desloratadine)

## Дексаметазон (Dexamethasone)

## Диафенилсульфон (Diaphenylsulfonum)

## Дифенгидрамин (Diphenhydramine)

## Клотримазол (Clotrimazole)

## Лоратадин (Loratadine)

## Метилпреднизолон (Ме

## Мометазон (Mometasone)

## Натамицин (Natamycin)

## Неомицин (Neomycin)

## Преднизолон (Prednisolone)

## Сульфасалазин (Sulfasalazine)

## Триамцинолон (Triamcinolone)

## Хлоропирамин (Chloropyramine)

## Цетиризин (Cetirizine)

### Цинка оксид (Zinc oxide)

## Лечение (амбулатория)

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [2]:

При ограниченных легких формах ГД и развитии ремиссии рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение.

## Немедикаментозное лечение:

- режим 2;
  - стол №15 (общий). Безглютеновая диета: исключение продуктов из пшеницы, ржи, овса, ячменя, проса и других злаков, морепродуктов, богатых йодом, а также ограничение употребления поваренной соли;
  - отказ от приема йодсодержащих (галогенсодержащих) лекарственных средств.

## Медикаментозное лечение

## Цели лечения:

- 1) прекращение появления новых высыпаний;
  - 2) эпителизация эрозий;
  - 3) достижение и поддержание ремиссии;
  - 4) повышение качества жизни больных.

## Основные положения терапии [1,2,4]:

Соблюдения безглютеновой диеты является принципиально важным аспектом комплексной терапии (УД – С). Строгое соблюдение безглютеновой диеты в течение длительного времени приводит к уменьшению потребности в лекарствах, снижению риска развития лимфом кишечника, разрешению кожных высыпаний и симптомов энтеропатии/мальабсорбции [3].

Дапсон является препаратом выбора для лечения больных ГД. Необходимо осуществлять лабораторный контроль, в особенности функции печени и почек.

Ниже представлены основные и дополнительные лекарственные средства, используемые в терапии ГД на амбулаторном уровне.

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Примечание	Уровень доказательности
<b>Системная терапия</b>				
Противолепрозный препарат*	Диафенилсульфон – 25 мг (таб)	из расчета 1 мг на 1 кг массы тела перорально 1 раз в сутки до наступления стойкого эффекта безглютеновой диеты	Препаратором выбора для лечения больных ГД является дапсон. Терапия дапсоном требует тщательного лабораторного контроля, особенно функции печени и почек. Возможно развитие серьезных побочных эффектов, особенно гемолиза. Может также развиться тяжелый синдром гиперчувствительности.	C [1,9-12]
<i>или</i>				

Сульфаниламидные препараты	Сульфасалазин – 500 мг (таб)	perorально в дозе 1–2 г в сутки	Наиболее частые нежелательные явления терапии сульфасалазином – тошнота, рвота и отсутствие аппетита предотвращаются назначением кишечно-растворимых форм препарата. В инструкции по медицинскому применению сульфасалазина дерматит герпетiformный не включен в показания к применению препарата.	C [1,9-12]
Антигистаминные препараты (выбирается один препарат из группы)	Цетиризин – 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней	Возможно комбинированное применение. При комбинированном лечении антигистаминные препараты первого поколения назначаются	D [1,9-12]
	Хлоропирамин - 25 мг (таб)	2 раза в сутки № 10-15 дней		D [1,9-12]
	Дифенгидрамин - 1% раствор (амп)	2 раза в сутки № 10-15 дней		D [1,9-12]
	Лоратадин - 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней	преимущественно в вечернее	D [1,9-12]
	Дезлоратадин – 5 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней	второго поколения – утром.	D [1,9-12]

## Наружная терапия

Пасты	Цинковая (туба)	наружно 1 – 3 раза в день		D [1,2]
Гормональные мази (выбирается один препарат из группы)	Бетаметазона валерианат - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)	В процессе терапии возможен переход на другой препарат или комбинированное лечение (с другим препаратором из списка)	D[1,9-12]
	Метилпреднизолона ацепонат - 0,05% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)		D[1,9-12]
	Мометазона фуроат - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)		D[1,9-12]
	Бетаметазона дипропионат - 0,05% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)		D[1,9-12]

Триамцинолона ацетонид - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)	D[1,9-12]
Преднизолон - 0,25, 0,5% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]
Гидрокортизона–17 бутират - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]
Гидрокортизона ацетат - 0,1, 0,25, 1,0, 5,0% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]

Примечание: \* - применяется со дня регистрации в РК

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Примечание	Уровень доказательности
<b>Системная терапия</b>				
Глюкокортикоиды (выбирается один препарат из группы)	Преднизолон - 5 мг (таб), 30 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести	Системные глюкокортикоидные препараты малоэффективны. Применяются при наличии непереносимости к препаратам выбора. Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести	D[1]
	Дексаметазон - 5, 4, 1,5 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести	устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания для снятия воспалительного процесса с постепенным снижением дозы.	D[1]
	Метилпреднизолон – 4, 16 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести		D[1]

Комбинированные препараты для наружного применения (выбирается один препарат из группы)	Бетаметазона дипропионат (1мг) + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг) (туба)	1 – 2 раза в день наружно	Применяется при присоединении вторичной пиогенной, грибковой инфекции	D[1,9-12]
	Гидрокортизон (1мг) + натамицин(10 мг) + неомицин (3500 ЕД) (туба)	1 – 2 раза в день наружно		D[1,9-12]
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг) (туба)	1 – 2 раза в день наружно		D[1,9-12]

**Хирургическое вмешательство:** нет.

### Дальнейшее ведение:

Диспансерное наблюдение по месту жительства у дерматолога (в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, мониторинг диеты, психологическая поддержка).

## Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- разрешение высыпаний на коже;
  - отсутствие появления новых высыпаний;
  - эпителизация эрозий;
  - достижение ремиссии процесса на коже;
  - повышение качества жизни.

## Лечение (стационар)

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1-7]:

При распространенных, тяжелых формах ГД и обострении кожного процесса рекомендуется преимущественно стационарное лечение.

## Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы):

## Маршрут пациента с ГД

НИКВИ, областной (городской) кожно-венерологический диспансер	↑	распространенные, тяжелые формы ГД; неэффективность терапии в амбулаторных условиях вания
Районные дерматовенерологи, дерматовенерологи поликлиник	↑	ограниченные, легкие формы ГД; в периоде ремиссии наблюдение за пациентами: преемственность пациента поддерживающей терапии, диеты
Центры ПМСП, семейные врачебные амбулатории врачи «первичного контакта» (ВОП, семейные врачи, терапевты, педиатры, гинекологи и др.)	↑	выявление у пациентов на коже и /или слизистых оболочках высыпаний, кожного зуда
Пациент		

## Немедикаментозное лечение:

## Режим 2. Стол №15.

- Безглютеновая диета: исключение продуктов из пшеницы, ржи, овса, ячменя, проса и других злаков, морепродуктов, богатых йодом, а также ограничение употребления поваренной соли;
  - отказ от приема йодсодержащих (галогенсодержащих) лекарственных средств.

## Медикаментозное лечение:

Ниже представлены основные и дополнительные лекарственные средства, используемые в терапии ГД на стационарном уровне.

#### Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Примечание	Уровень доказательности
<b>Системная терапия</b>				
Противолепрозный препарат*	Диафенилсульфон – 25 мг (таб)	из расчета 1 мг на 1 кг массы тела перорально 1 раз в сутки до наступления стойкого эффекта безглютеновой диеты	Препаратором выбора для лечения больных ГД является дапсон. Терапия дапсоном требует тщательного лабораторного контроля, особенно функции печени и почек. Возможно развитие серьезных побочных эффектов, особенно гемолиза. Может также развиться тяжелый синдром гиперчувствительности.	C [1,9-12]
<i>или</i>				

Сульфаниламидные препараты	Сульфасалазин – 500 мг (таб)	perorально в дозе 1–2 г в сутки	Наиболее частые нежелательные явления терапии сульфасалазином – тошнота, рвота и отсутствие аппетита предотвращаются назначением кишечно-растворимых форм препарата. В инструкции по медицинскому применению сульфасалазина дерматит герпетiformный не включен в показания к применению препарата.	C [1,9-12]
Антигистаминные препараты (выбирается один препарат из группы)	Цетиризин – 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней	Возможно комбинированное применение. При комбинированном лечении антигистаминные препараты первого поколения назначаются преимущественно в вечернее время, антигистаминные препараты второго поколения – утром.	D[1,9-12]
	Хлоропирамин - 25 мг (таб)	2 раза в сутки № 10-15 дней		D[1,9-12]
	Дифенгидрамин - 1% раствор (амп)	2 раза в сутки № 10-15 дней		D[1,9-12]
	Лоратадин - 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней		D[1,9-12]
	Дезлоратадин – 5 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней		D[1,9-12]

## Наружная терапия

Пасты	Цинковая (туба)	наружно 1 – 3 раза в день		D [1,2]
Гормональные мази (выбирается один препарат из группы)	Бетаметазона - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)	В процессе терапии возможен переход на другой препарат или комбинированное лечение (с другим препаратом из списка)	D[1,9-12]
	Метилпреднизолона ацепонат - 0,05% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)		D[1,9-12]
	Мометазона - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)		D[1,9-12]

Бетаметазона дипропионат - 0,05% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)	D[1,9-12]
Триамцинолона ацетонид - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (сильные III)	D[1,9-12]
Преднизолон - 0,25, 0,5% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]
Гидрокортизона-17 бутират - 0,1% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]
Гидрокортизона ацетат - 0,1, 0,25, 1,0, 5,0% (туба)	наружно 1–2 раза в день (слабые I)	D[1,9-12]

Примечание: \* - применяется со дня регистрации в РК

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Примечание	Уровень доказательности
Системная терапия				

Глюкокортикоиды (выбирается один препарат из группы)	Преднизолон - 5 мг (таб), 30 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести	Системные глюкокортикоидные препараты малоэффективны. Применяются при наличии непереносимости к препаратам выбора. Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести	D[1]
	Дексаметазон - 5, 4, 1,5 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести	устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести	D[1]
	Метилпреднизолон – 4, 16 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести	для снятия воспалительного процесса с постепенным снижением дозы.	D[1]

## Наружная терапия

Комбинированные препараты для наружного применения (выбирается один препарат из группы)	Бетаметазона дипропионат (1мг) + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг) (туба)	1 – 2 раза в день наружно	Применяется при присоединении вторичной пиогенной, грибковой инфекции	D[1,9-12]
	Гидрокортизон (1мг) + натамицин(10 мг) + неомицин (3500 ЕД) (туба)	1 – 2 раза в день наружно		D[1,9-12]
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг) (туба)	1 – 2 раза в день наружно		D[1,9-12]

### **Хирургическое вмешательство: нет.**

## Дальнейшее ведение:

Диспансерное наблюдение по месту жительства у дерматолога (в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения).

## **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения,**

описанных в протоколе:

- разрешение высыпаний на коже;
  - отсутствие появления новых высыпаний;
  - эпителизация эрозий;
  - достижение ремиссии процесса на коже;
  - повышение качества жизни.

## Госпитализация

## ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

**Показания для плановой госпитализации:** распространенные, тяжелые формы ГД.

Показания для экстренной госпитализации: нет.

## Информация

## Источники и литература

## I. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017

- 1) Самцов А.А., Белоусова И.Э.: Буллезные дерматозы. Монография.- Спб ООО Издательско-полиграфическая компания «КОСТА» 2012,-144 с. 2) Федеральные клинические рекомендации по ведению больных дерматитом герпетiformным. Москва 2015.- РОДиК. – 13 с. 3) Bonciani D., Verdelli A., Bonciolini V. et al. *Dermatitis herpetiformis: from the genetics to the development of skin lesions.* Clin Dev Immunol 2012; 2012: 239691. 4) Bolotin D., Petronic-Rosic V. *Dermatitis herpetiformis. Part II: diagnosis, management and prognosis.* J Am Acad Dermatol 2011; 64: 1027–1034. 5) Herrero-González J.E. *Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis.* Actas Dermosifiliogr 2010; 101 (10): 820–826. 6) Caproni M., Antiga E., Melani L., Fabbri P. *Italian Group for Cutaneous Immunopathology. Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis.* J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23 (6): 633–638. 7) Ingen-Housz-Oro S., Joly P., Bernard P. et al.; Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes. *Société Française de Dermatologie.* *Dermatitis herpetiformis. Guidelines for the diagnosis and treatment.* Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes. *Société Française de Dermatologie (in French).* Ann Dermatol Venereol 2011; 138 (3): 271–273.

## Информация

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА

## Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
  - 2) Баев Асылжан Исаевич – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ « Научный исследовательский кожно-венерологический институт», старший научный сотрудник.
  - 3) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и интернатуры АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог.

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

## Список рецензентов:

- 1) Нурмухамбетов Жумаш Наскенович - доктор медицинских наук, профессор кафедры иммунологии и дерматовенерологии РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет г. Семей».

**Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.