

Болезнь Дюринга. Дерматит герпетиформный



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)
Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Дерматит герпетиформный (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

Герпетиформный 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 герпетиформный

Дата разработки протокола: 2017 год.

Сокращения, используемые в протоколе:

ГД	герпетиформный дерматит
ПИФ	прямая иммунофлюоресценция
ИФА	иммуноферментный анализ
ГКС	глюкокортикостероиды
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:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
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.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). 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.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	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;
- уртикарноподобная;
- 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 аускультация).

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 ягодич;
- характерный первичный морфологический элемент сыпи - это пузырь различных размеров, обычно с плотной покрывкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым, который возникает на отечном гиперемированном фоне. После вскрытия образуется эрозия, которая быстро эпителизируется, 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 А в сосочковом слое дермы в биоптате кожи;
- ИФА: определение содержания IgA-антител к тканевой трансглутаминазе и содержания IgA-антител к эндомизию 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 крышкой, 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 ягодич);</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	<p>Определение количества в содержимом пузырей (эозинофилия)</p>	<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.</p> <p>Сопоставить с результатами</p>	<p>Результат отрицательный.</p> <p>Сопоставить с результатами</p>

4	Выявление зернистых отложений иммуноглобулина класса А в сосочковом слое дермы в биоптате кожи методом ПИФ	показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями	показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями
5	Определение содержания IgA-антител к тканевой трансглутаминазе и содержания IgA-антител к эндомизию в сыворотке крови методом ИФА	Результат положительный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,4. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями	Результат отрицательный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,4. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

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

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

<p>Обоснование для дифференциальной диагностики</p>	<ul style="list-style-type: none"> - выраженный зуд; - полиморфная сыпь (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 морфологический элемент – это пузыри различных размеров, обычно с плотной покрывкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым. - эрозия быстро эпителизируется, оставляя гиперпигментацию; симптом Никольского отрицательный. 	<ul style="list-style-type: none"> - мономорфная сыпь; - характерный морфологический элемент – это интраэпидермальные пузыри с тонкой вялой покрывкой, которые быстро вскрываются; - первые высыпания чаще всего появляются на слизистых оболочках полости рта, носа, глотки и/или красной кайме губ; - боли при приеме пищи, разговоре, при проглатывании слюны. Характерные признаки - гиперсаливация и специфический запах изо рта; - пузыри и эрозии склоны к слиянию и периферическому росту; - симптом Никольского положительный; - в мазках отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки. 	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие интенсивного зуда; - субэпидермальные пузыри напряженные с плотной покрывкой; - нет склонности к группировке; - чаще локализируются в области складок; - метод ПИФ - отложение Ig G в области базальной мембраны. 	<ul style="list-style-type: none"> - на слизистых оболочках образуются пузыри, которые вскрываются с образованием болезненных эрозий; - 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»); - высыпания склонны к слиянию, образуя гирлянды, дуги - появление сыпи сопровождается ухудшением общего состояния: недомоганием, головной болью, повышением температуры.
--	--	--	--	---

Лечение

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении
[\(https://drugs.medelement.com/\)](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 (Methylprednisolone)

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
Системная терапия				
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	Препаратом 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 развиваться тяжелый синдром гиперчувствительности.	C [1,9-12]
<i>или</i>				

Сульфаниламидные препараты	Сульфасалазин – 500 мг (таб)	перорально в дозе 1–2 г в сутки	Наиболее частые нежелательные явления терапии сульфасалазином – тошнота, рвота и отсутствие аппетита предотвращаются назначением кишечнорастворимых форм препарата. В инструкции по медицинскому применению сульфасалазина дерматит герпетический 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	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		второго поколения – утром.
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 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 фуруат - 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				
Глюкокортикостероиды (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 глюкокортикостероидные препараты малоэффективны. Применяются при наличии непереносимости к препаратам выбора. Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания для снятия воспалительного процесса с постепенным снижением дозы.	D[1]
	Дексаметазон - 5, 4, 1,5 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются 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		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, 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 <u>вания</u>
Районные дерматовенерологи, дерматовенерологи поликлиник	↑	ограниченные, легкие формы ГД; в периоде ремиссии наблюдение за пациентами: преимущество 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
Системная терапия				
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	Препаратом 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 развиваться тяжелый синдром гиперчувствительности.	C [1,9-12]
<i>или</i>				

Сульфаниламидные препараты	Сульфасалазин – 500 мг (таб)	перорально в дозе 1–2 г в сутки	Наиболее частые нежелательные явления терапии сульфасалазином – тошнота, рвота и отсутствие аппетита предотвращаются назначением кишечнорастворимых форм препарата. В инструкции по медицинскому применению сульфасалазина дерматит герпетический 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				

Глюкокортикостероиды (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 глюкокортикостероидные препараты малоэффективны. Применяются при наличии непереносимости к препаратам выбора. Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания для снятия воспалительного процесса с постепенным снижением дозы.	D[1]
	Дексаметазон - 5, 4, 1,5 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются 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		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 герпетиформным. 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.