Дерматит герпетиформный

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L13.0 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Герпетиформный дерматит Дюринга — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, связанное с глютенчувствительной энтеропатией и гранулярным отложением IgA в сосочковом слое дермы. Рекомендация посвящена диагностике, безглютеновой диете, системной и наружной терапии, контролю безопасности лечения и наблюдению пациентов.

Главное

- Типичны интенсивный зуд, симметричные сгруппированные полиморфные высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, волосистой части головы, плечах, локтях, коленях, крестце и ягодицах; общее состояние обычно сохранено.
- Заболевание протекает хронически и рецидивирует; ремиссии могут длиться от нескольких недель до нескольких лет, а спонтанные полные ремиссии отмечаются у 10–25% пациентов.
- В трудных случаях для уточнения диагноза применяют иммунофлюоресцентное исследование биоптата кожи; характерны гранулярные отложения IgA в сосочковом слое дермы.
- Безглютеновая диета показана всем пациентам, независимо от наличия высыпаний; она способствует регрессу кожного процесса.
- Для системной терапии применяют дапсон или сульфасалазин; при лечении дапсоном и сульфасалазином нужен регулярный контроль анализов крови, биохимических показателей и мочи.
- Для уменьшения зуда используют системные антигистаминные препараты, а при выраженном зуде — также наружные дерматологические кортикостероиды.
- После установления диагноза терапевт или педиатр и диетолог осматривают пациента через 6 месяцев, затем ежегодно; оценивают приверженность диете, эффективность и безопасность системной терапии.

Диагностика

1. Заподозрить заболевание при интенсивном зуде и симметричных сгруппированных пятнах, папулах, волдырях и напряженных пузырях на типичных участках кожи с последующим образованием быстро эпителизирующихся эрозий и гиперпигментации.
2. Направить пациента с подозрением на герпетиформный дерматит к дерматовенерологу для оценки локализации и характера поражений кожи, а при их наличии — слизистых оболочек. УУР С, УДД 5.
3. Исследовать содержимое пузыря цитологически: в нем обычно выявляются многочисленные эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты. УУР С, УДД 5.
4. В трудных случаях взять материал из свежесформированного пузыря, существующего не более 24 часов, для патолого-анатомического исследования с иммунофлюоресцентными методами; гистология может показать субэпидермальный пузырь и скопления гранулоцитов в верхушках сосочков дермы. УУР С, УДД 5.
5. Для иммунофлюоресценции дополнительно исследовать биоптат клинически интактной кожи или участка примерно в 1 см от очага: характерный результат — гранулярные отложения IgA в сосочковом слое дермы. УУР С, УДД 5.
6. Если характерная картина иммунофлюоресценции отсутствует, определить в крови антитела к тканевой трансглютаминазе и эндомизию; повышение этих показателей поддерживает диагноз. Для антител к тканевой трансглютаминазе: УУР А, УДД 2; для антител к эндомизию: УУР С, УДД 5.
7. При болях в животе или диарее направить пациента к гастроэнтерологу для исключения глютенчувствительной энтеропатии и мальабсорбции; для оценки мальабсорбции исследовать железо, витамин B12 и фолиевую кислоту.

Лечение

- Назначить безглютеновую диету всем пациентам, в том числе при отсутствии высыпаний; цель — прекратить контакт с антигеном, индуцирующим аутоиммунные реакции. УУР С, УДД 5.

- Дапсон взрослым назначают начиная с 50 мг внутрь 1 раз в сутки, при необходимости повышая дозу до 200 мг до достижения стойкого эффекта на фоне диеты. После контроля заболевания применяют 0,5–1 мг/кг в течение 1–2 лет. УУР С, УДД 5.
- Дапсон детям назначают внутрь в дозе 1–2 мг/кг в сутки. Перед началом лечения может быть определена активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; при значимом снижении лейкоцитов, тромбоцитов или гемопоэза лечение препаратом следует прервать. УУР С, УДД 5.
- Альтернатива дапсону — сульфасалазин внутрь в дозе 1–3 г в сутки. Во время лечения контролируют АЛТ, АСТ, общий анализ крови; в начале терапии анализ крови выполняют 1–2 раза в месяц, затем каждые 3–6 месяцев, а общий анализ мочи — при почечной недостаточности. УУР С, УДД 5.
- При зуде применяют системные антигистаминные: клемастин 1 мг внутрь 2 раза в сутки 7–10 дней; лоратадин взрослым и детям старше 12 лет с массой более 30 кг — 10 мг 1 раз в сутки, детям 3–12 лет с массой менее 30 кг — 5 мг 1 раз в сутки 7–10 дней; хлоропирамин взрослым — 75–100 мг в сутки в 3–4 приема. Для хлоропирамина и лоратадина: УУР С, УДД 5.
- Наружно при поражениях кожи используют клобетазол 0,05% крем или мазь тонким слоем 1–2 раза в сутки 3–4 недели либо бетаметазон 0,05% мазь 2 раза в сутки. Оба препарата противопоказаны детям до 1 года. УУР С, УДД 5.
- Пузыри и эрозии обрабатывают антисептиками: раствором борной кислоты, резорцина, фенола и фуксина 2–3 раза в день 5–14 дней либо 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого 2–3 раза в сутки 5–14 дней. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Всех пациентов с подозрением на герпетиформный дерматит направляют к дерматовенерологу для уточнения диагноза.
- При болях в животе или диарее нужна консультация гастроэнтеролога; при необходимости коррекции безглютеновой диеты — диетолога.
- При признаках аутоиммунного заболевания щитовидной железы пациента направляют к эндокринологу.
- Госпитализация показана при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, появлении новых высыпаний или вторичном инфицировании очагов.
- Выписать пациента можно при стабилизации процесса без новых высыпаний, эпителизации 70% эрозий и исчезновении зуда.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз герпетиформного дерматита?

В трудных случаях для уточнения диагноза используют иммунофлюоресцентное исследование биоптата: характерны гранулярные отложения IgA в сосочковом слое дермы. Если результат нехарактерен, определяют антитела к тканевой трансглютаминазе и эндомизию.

Нужна ли безглютеновая диета, если высыпаний нет?

Да. Диету соблюдают независимо от наличия высыпаний; в рекомендации она рассматривается как основа лечения и вторичной профилактики рецидивов.

Как назначать дапсон взрослому пациенту?

Начинают с 50 мг внутрь в сутки, при необходимости повышают до 200 мг до стойкого эффекта на фоне безглютеновой диеты. После достижения контроля назначают 0,5–1 мг/кг в течение 1–2 лет.

Какие анализы контролировать при системной терапии?

Нужны развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи. При дапсоне возможны агранулоцитоз, токсическое поражение печени, нефрит и почечная недостаточность; при сульфасалазине — гепато-, нефротоксичность и эозинофилия.

Когда пациента с герпетиформным дерматитом госпитализировать?

Показания — отсутствие эффекта от амбулаторного лечения, новые высыпания или вторичное инфицирование очагов. Выписка возможна после стабилизации процесса, эпителизации 70% эрозий и исчезновения зуда.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/212-dermatit-gerpetiformnyj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/212_2