

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Карманова Виктория Сергеевна

клинический ординатор первого года обучения кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Герпетиформный дерматит Дюринга — хроническое рецидивирующее заболевание кожи. Проявляется полиморфной сыпью в виде эритематозных пятен, папул, волдырей и сопровождается выраженным жжением и зудом. Слизистые оболочки не поражаются. Свое название заболевание получило из-за большого сходства группировки элементов сыпи при дерматите Дюринга с элементами сыпи простого герпеса [2, с.12].

Герпетиформный дерматит Дюринга наиболее часто развивается в 30-40 лет, но также встречается и у детей. Мужчины болеют чаще с соотношением мужчин и женщин от 1,5:1 до 2:1. В некоторых случаях герпетиформный дерматит Дюринга выступает в качестве параонкологического дерматоза, то есть проявляется как реакция на онкологические заболевания внутренних органов [4, с.21].

Причины и механизм развития герпетиформного дерматита Дюринга пока достаточно не изучены. У многих пациентов выявляется связь с непереносимостью белка глютеина, содержащегося в злаковых растениях. В пользу аутоиммунного компонента в развитии заболевания говорит обнаружение IgA-антител в области базальной мембраны. Есть предположения, что в возникновении герпетиформного дерматита Дюринга определенную роль играют наследственность, аскаридоз, воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь), вирусные заболевания (в частности герпетические инфекции).

Клинические проявления герпетиформного дерматита Дюринга полиморфны, что затрудняет диагностику на ранних этапах заболевания. Высыпания чаще всего располагаются симметрично, преимущественно располагаясь на разгибательных поверхностях конечностей. Зуд у пациентов выражен достаточно интенсивно, в результате чего в очагах могут образовываться геморрагические корочки. В острую стадию заболевания высыпания носят повсеместный характер и занимают до 50% кожных покровов.

Диагностика герпетиформного дерматита Дюринга, несмотря на типичную клиническую картину, представляет затруднения в связи с редкостью заболевания. Подтверждение диагноза возможно выявлением наличия отложений IgA в дермоэпидермальном соединении. Золотым стандартом является использование прямой иммунофлуоресценции из биоптата вблизи от очага поражения (не из самого очага). Специфичность метода составляет 95-100% [3, с.3].

В лечении пациентов с герпетиформным дерматитом Дюринга используются множество методов. Но ни один метод не будет эффективен, если пациент не будет соблюдать безглютеновую диету. Глютен присутствует в злаках: пшенице, ржи и ячмене. Также у

пациентов может наблюдаться непереносимость йода, поэтому стоит избегать продуктов с высоким содержанием этого микроэлемента.

Безглютеновая диета безусловно требует строгого контроля всех потребляемых продуктов. Такая диета отнимает много времени и причиняет психологический дискомфорт пациентам, ее соблюдение зависит от множества как индивидуальных, так и экологических факторов. В современном мире глютен может выявляться даже в продуктах, которые по заявлению изготовителя его не содержат.

При неэффективности безглютеновой диеты, в связи со сложностями, описанными выше, могут понадобиться медикаментозные методы. Ниже представлены препараты, необходимые в лечении.

Дапсон действует быстро, купирует симптомы зуда и образование новых высыпаний в течение 24-36 часов. Именно это свойство делает его эффективным вариантом при острых воспалительных фазах заболевания, а также на ранних стадиях инициации безглютеновой диеты. Назначается в дозировке 25-300мг в сутки, курсом по 5-6 дней, перерыв между курсами 2-3 дня, длительно, постепенно снижая дозировку до поддерживающей терапии – 25мг в неделю. В среднем, через 2 года, можно отменить препарат и обходиться только безглютеновой диетой пожизненно. При непереносимости дапсона могут назначаться сульфасалазин, топические стероиды высокой степени очистки. [1, с.2].

Сульфасалазин в отличие от дапсона не вызывает гемолиза. Сульфасалазин имеет некоторые побочные эффекты: желудочно-кишечные расстройства, нейтропению, агранулоцитоз, апластическую анемию в первые три месяца приема, а также протеинурию и кристаллургию. Кроме того, было выдвинуто предположение, что комбинация дапсона и сульфасалазина может быть эффективна у пациентов, которые не переносят увеличение доз дапсона при монотерапии [1, с.3].

Помимо выше описанных препаратов, следующим шагом в фармакологическом лечении герпетиформного дерматита могут стать биологические препараты. Клинически было доказано, что ритуксимаб эффективен у пациентов, резистентных к безглютеновой диете, дапсону, сульфасалазину. Выдвинут как вариант жизнееспособной терапии.

В заключении хочется добавить, что одна из основных проблем герпетиформного дерматита Дюринга - ошибочность диагноза из-за редкости заболевания, множества атипичных клинических проявлений. В будущем проблема диагностики с большой вероятностью увеличится из-за падения заболеваемости герпетиформным дерматитом. Это отражается в довольно длительной диагностической задержке, обнаруженной даже в районах с высокой заболеваемостью.

Список литературы:

1. Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л. Клиническая дерматовенерология: национальное руководство. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Дрожжина М.Б, Кошкин С.В. Современный взгляд на клинику, диагностику и лечение герпетиформного дерматоза Дюринга // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология – 2018 - №2.
3. Карякина Л.А., Кукушкина К.С. Кожные маркеры целиакии. Медицина: теория и практика, 2019.
4. Свечникова Е.В., Маршани З.Б., Пюрвеева К.В. Клинический полиморфизм герпетиформного дерматита и атопического дерматита как заболеваний, ассоциированных с целиакией. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2020.