

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «29» июня 2017 года  
Протокол №24

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА (ДЕРМАТИТ ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ)

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

##### 1.1 Код(ы) МКБ-10:

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

##### 1.2 Дата разработки протокола: 2017 год.

##### 1.3 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

##### 1.4 Пользователи протокола: врач общей практики, терапевт, педиатры, дерматовенеролог.

##### 1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

##### 1.6 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 (+). 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>D</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
<b>GPP</b>	Наилучшая клиническая практика.

**1.7 Определение [1-4]:** 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.

### 1.8 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.*

## 2. 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 ягодиц;
- характерный первичный морфологический элемент сыпи - это пузырь различных размеров, обычно с плотной покрывкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержимым, который возникает на отечном гиперемизованном 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 рас-

положения 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 эндомизину 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.

## 2.1 Диагностический алгоритм: (схема)

Диагностический алгоритм ГД

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

		подтвержденным.	
3	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)	Результат положительный. Если имеются все перечисленные клинические симптомы и признаки, диагноз ГД считается подтвержденным.	Результат отрицательный. Провести исследование показателей №2,4,5.
4	Выявление зернистых отложений иммуноглобулина класса А в сосочковом слое дермы в биоптате кожи методом ПИФ	Результат положительный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями	Результат отрицательный. Сопоставить с результатами показателей 2,3,5. Диагноз ГД ставится после сопоставления со всеми диагностическими показателями
5	Определение содержания IgA-антител к тканевой транслугтаминазе и содержания IgA-антител к эндомицину 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

## 2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

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

Диагноз	Герпетиформный дерматит Дюринга	Вульгарная пузырчатка	Буллезный пемфигиом Левера	Многоформная экссудативная эритема	Субкорнеальный пустулезный дерматоз
Обоснование для дифференциальной	- выраженный зуд; - полиморфная	- монотипная сыпь; - характерный	- отсутствие интенсивного зуда;	- на слизистых оболочках образуются пу-	- поверхностные пустулы - фликтены с

<p><b>диагностики</b></p>	<p>сыпь (пятна; волдыри, папулы, пузыри);</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 крышкой, с серозным или мутным, иногда геморрагическим содержанием.</li> <li>- эрозия быстро эпителизируется, оставляя гиперпигментацию;</li> <li>симптом Никольского отрицательный.</li> </ul>	<p>морфологический элемент – это интраэпидермальные пузыри с тонкой вялой крышкой, которые быстро вскрываются;</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 склоны 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>- субэпидермальные пузыри напряженные с плотной крышкой;</li> <li>- нет склонности к группировке;</li> <li>- чаще локализуются в области складок;</li> <li>- метод ПИФ - отложение Ig G в области базальной мембраны.</li> </ul>	<p>зыри, которые вскрываются с образованием болезненных эрозий;</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 сыпи сопровождается ухудшением общего состояния: недомоганием, головной болью, повышением температуры.</li> </ul>	<p>дряблой крышкой;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гистологически пузыри определяются непосредственно под роговым слоем.</li> </ul>
---------------------------	---	---	---	--	---

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [2]:

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

#### 3.1 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.

### 3.2 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	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.	С [1,9-12]
<i>или</i>				
Сульфани-	Сульфасалазин –	перорально в дозе	Наиболее частые не-	С [1,9-12]

ламидные препараты	500 мг (таб)	1–2 г в сутки	желательные 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.	
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, 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 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 фурилат - 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,	наружно 1–2 раза в день (слабые I)		D[1,9-12]



	1,0, 5,0% (туба)		
--	------------------	--	--

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 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]

### 3.4 Хирургическое вмешательство: нет.

### 3.5 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).

### 3.6 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.

## 4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

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

**4.2 Показания для экстренной госпитализации:** нет.

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

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

### 5.1 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
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	

### 5.2 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.

### 5.3 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 безглютенной 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.	С [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.	С [1,9-12]
Антигистаминные препараты (выбирается один)	Цетиризин – 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней	Возможно комбинированное применение.	D[1,9-12]
	Хлоропирамин - 25 мг (таб)	2 раза в сутки № 10-15 дней	При комбинированном лечении антигистаминные препараты	D[1,9-12]
	Дифенгидрамин -	2 раза в сутки №		D[1,9-12]

группы)	1% раствор (амп)	10-15 дней	назначаются преимущественно в вечернее время, антигистаминные препараты второго поколения – утром.	D[1,9-12]
	Лоратадин - 10 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней		
	Дезлоратадин – 5 мг (таб)	1 раз в сутки № 10-15 дней		
		<b>Наружная терапия</b>		
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]
	Метилпреднизолон 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
<b>Системная терапия</b>				
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	D[1]
	Дексаметазон - 5, 4, 1,5 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивиду-		D[1]

		дуально в зависимости от степени тяжести	устанавливается врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания для снятия воспалительного процесса с постепенным снижением дозы.	
	Метилпреднизолон – 4, 16 мг (таб), 4 мг (амп)	разовая и курсовая дозы лечения подбираются индивидуально в зависимости от степени тяжести		D[1]
<b>Наружная терапия</b>				
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]

#### 5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

#### 5.5 Дальнейшее ведение:

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

#### 6. 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.

#### 7.ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

##### 7.1 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.

**7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

### **7.3 Список рецензентов:**

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

**7.4 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.

### **7.5 Список использованной литературы**

- 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 герпетическим. 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.