

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА

О.Л. Иванов, А.Н. Львов
«Справочник дерматолога»

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА - хроническое заболевание кожи, отличающееся истинным полиморфизмом сыпи и сильным зудом.

Этиология и патогенез неизвестны. Предполагают, что герпетиформный дерматит - полисистемное заболевание аутоиммунной природы; у абсолютного большинства больных обнаруживается глютенчувствительная энтеропатия и ЦИК глютен-АТ (IgA). Путем прямой иммунофлюоресценции выявляются отложения IgA-антител против структурных компонентов дермальных сосочков в виде гранул на дермоэпидермальном соединении в непораженной и пораженной коже. Определенную роль играет повышенная чувствительность к йоду и генетическая предрасположенность. Может выступать как параонкологический дерматоз.

Гистологически выявляют субэпидермальные пузыри, серозное содержимое которых нередко богато эозинофилами. Пузыри окаймлены папиллярными микроабсцессами, расположенными на верхушках сосочков дермы. В инфильтрате обнаруживают разрушенные ядра нейтрофилов, эозинофилов («ядерная пыль»).

Клиника герпетиформного дерматита Дюринга.

Заболевание встречается в любом, чаще среднем возрасте, имеет хроническое течение, прерывается ремиссиями продолжительностью от 3 мес до 1 года и более.

Начало постепенное. Кожным высыпаниям могут предшествовать симптомы общего недомогания, зуд.

Характерен истинный полиморфизм сыпи, обусловленный сочетанием эритематозных пятен, уртикаро-подобных эфлоресценций, папул и везикул, к которым могут присоединяться пузыри и редко пустулы. Высыпания, группируясь, напоминают высыпания герпеса и симметрично располагаются на коже туловища и конечностей. Пузыри отличаются достаточно плотной покрывкой и прозрачным содержимым. При подсыхании содержимого везикул и пузырей образуются корочки, а при их вскрытии, что происходит чаще всего под влиянием расчесов, образуются эрозии. Поражение слизистых оболочек не характерно. При регрессе высыпаний герпетиформного дерматита, как правило, остаются гипо- и гиперпигментные пятна, изредка рубцы. Субъективно отмечается сильный зуд.

Характер полиморфизма сыпи при герпетиформном дерматите определяется совокупностью различных элементов. Однако, обычно одни из них преобладают. В связи

с этим условно выделяют везикулезную, папулезную (пруригинозную), уртикароподобную и буллезную разновидности герпетиформного дерматита.

Диагноз основывается на клинических данных и результатах гистологического исследования и прямой иммунофлюоресценции.

Для подтверждения диагноза используют следующие параклинические тесты:

1. определение количества эозинофилов в крови и пузырной жидкости;
2. проба с йодом (проба Ядассона) в двух модификациях: накожная (мазь с 50% йодида калия) и внутрь (2-3 столовые ложки 3-5% раствора калия йодида).

Проба считается положительной при появлении признаков обострения заболевания. При тяжелом течении герпетиформного дерматита внутреннюю пробу проводить не следует, т.к. она может вызвать резкое обострение заболевания.

Дифференциальный диагноз при герпетиформном дерматите Дюринга

Дифференциальный диагноз проводят с

- пемфигоидом,
- доброкачественной семейной хронической пузырчаткой Гужеро-Хейли-Хейли,
- истинной пузырчаткой,
- субкорнеальным пустулезом,
- многоформной экссудативной эритемой,
- буллезной токсидермией.

Лечение герпетиформного дерматита Дюринга:

Обследование на наличие сопутствующих заболеваний, в первую очередь онкологических, особенно у лиц пожилого возраста.

Наиболее эффективны сульфоновые средства: диафенилсульфон (ДДС, дапсон, авлосульфон), диуцифон и др. Обычно назначают диафенилсульфон или диуцифон по 0,05-0,1 г 2 раза в сутки циклами по 5-6 дней с интервалами 1-3 дня. Курсовая доза зависит от эффективности и переносимости препарата.

При резистентности к сульфоновым препаратам показаны кортикостероиды (преднизолон по 15-20 мг в сутки).

Местно: теплые ванны с перманганатом калия; пузыри и пузырьки вскрывают, затем обрабатывают фукорцином или водным раствором красителей; 5% дерматоловая мазь; кортикостероидные мази и аэрозоли.