**Болезнь Дюринга** (герпетиформный дерматит) Хроническое аутоиммунное заболевание, проявляющееся герпетиформной сыпью и сильнейшим зудом или жжением.

Этиология и патогенез точно не установлены. Имеют значение повы¬шенная чувствительность к глютену (белку злаков) и целиакия. Возмож¬но возникновение герпетиформного дерматита на фоне эндокринных изменений (беременность, менопауза), лимфогранулематоза, токсемии, вакцинации, нервных и физических переутомлений.

Клиническая картина. Дерматоз возникает преимущественно в воз¬расте от 25 до 55 лет. Крайне редко болезнь может начинаться в пер¬вые месяцы жизни или в глубокой старости. Женщины болеют реже, чем мужчины.

Кожные элементы полиморфны. Одновременно или с небольшим ин¬тервалом появляются пузырьки, пузыри, папулы, пустулы, волдыри, рас¬положенные на ограниченных эритематозных участках. Затем возникают вторичные элементы — эрозии, чешуйки, корочки. Высыпа¬ния сгруппированы (герпетиформные), расположены симметрично. Болезнь нередко имеет хроническое и рецидивирующее течение с выра-женными субъективными симптомами (зуд, жжение и болезненность).

Общее состояние больных остается удовлетворительным, несмот¬ря на периодические повышения температуры.

На коже туловища и разгиба-тельных поверхностях конечнос¬тей и ягодиц появляются эритема-тозные пятнисто-папулезные и ур-тикарные элементы, проявляющие наклонность к превращению в вези¬кулы и пустулы. Могут образовать¬ся и крупные пемфигусоподобные пузыри. Типичны бледно-желтые, Дюринга просвечивающие везикулы диаметром 5—10 мм. Они могут сливаться в более крупные пузыри, кото¬рые, вскрываясь и ссыхаясь, образуют корки. Содержимое везикул, пустул и пузырей иногда бывает геморрагическим. Высыпания сопро¬вождаются сильным зудом или жжением и болезненностью.

Симптом Никольского при дерматите Дюринга отрицательный. В крови отмечается эозинофилия. Значительное количество эозино-филов обнаруживается и в содержимом пузырей. При прямом имму-нофлюоресцентном исследовании биоптата кожи из очага поражения в зоне базальной мембраны выявляют зернистые отложения иммуног¬лобулина (IgA).

Различают крупнопузырную разновидность дерматоза, при которой образуются напряженные прозрачные пузыри диаметром от 1 до 3 см, расположенные на отечной гиперемированной коже, и мелкопузырную разновидность, когда сгруппированные на резко гиперемированной коже пузырьки и папуло-везикулезные элементы имеют размеры от 1—2 мм до 1 см. В первом случае наиболее частая локализация дермато¬за — туловище, разгибательные поверхности конечностей, во втором — преимущественно кожа лица, конечности, паховые и подмышечные складки. Повышенную чувствительность к йоду больных герпетиформ-ным дерматозом используют в качестве диагностического теста. На мес¬те нанесения на кожу мази с 50% содержанием калия йодида через 24—48 ч возникают новые высыпания (проба по Ядассону). Однако про¬бы с йодистым калием не следует проводить в период обострения про¬цесса или в прогрессирующей стадии.

Гистопатология. Обнаруживаются подэпидермальные полостные обра¬зования, формирующиеся в области верхушек сосочков дермы, содер¬жащие нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты. С помощью прямой РИФ выявляют отложение IgA в базальной мембране пораженных оча¬гов кожи или слизистой оболочки.

Диагностика дерматоза в типичных случаях затруднений не вызывает. Наблюдаются герпетиформность расположения и истинный полимор¬физм элементов, зуд, эозинофилия в крови и содержимом субэпидер-мальных пузырей, а также повышенная чувствительность к йоду у многих больных и отложение IgA в области базальной мембраны при иммунофлюоресцентной диагностике.

Иногда встречаются затруднения при дифференцировании дерматоза с многоформной экссудативной эритемой. При экссудативной эритеме есть продромальный период Высыпания располагаются преимуще¬ственно на разгибательных поверхностях, предплечий, голеней, бедер, на слизистых оболочках рта и красной кайме губ, реже на слизистых гениталий; зуд отсутствует.

Лечение. диамино-дифенилсульфон (ДДС, дапсон, авлосульфон) или диуцифон . Обычно лечение ДДС про¬водят циклами по 5—6 дней в дозе 0,05—ОД г 2 раза в сутки с перерывами между циклами 1—3 дня. Длительность лечения зависит от эффектив¬ности и переносимости препарата.

При лечении ДДС или сульфаниламидными препаратами возможны осложнения в виде анемии, сульфогемоглобулинемии, гематурии.

Местное лечение назначают с учетом клинических проявлений. Бла¬гоприятно влияют теплые ванны с перманганатом калия, отваром ле¬чебных трав. Полостные элементы вскрывают и тушируют фукорцином или водным раствором анилиновых красителей. При эритематозно-урти-карных высыпаниях используют противозудные средства внутрь или на¬ружно, а также аэрозоль с глюкокортикоидами.

Профилактика. Для предупреждения рецидивов важное значение имеет исключение из рациона продуктов из пшеницы, ржи, овса, ячме¬ня, а также продуктов, содержащих йод (морская капуста, морская рыба и др.). Больным противопоказаны любые лекарственные и диагности¬ческие препараты, содержащие йод.