

Клинические рекомендации

«Эритразма»

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): L08.1

Возрастная группа: Взрослые /дети

Год утверждения (частота пересмотра): 2023 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация	3
1.1. Определение.....	3
1.2. Этиология и патогенез.....	3
1.3. Эпидемиология.....	3
1.4. Кодирование по МКБ 10.....	3
1.5. Классификация	3
1.6. Клиническая картина.....	3
2. Диагностика.....	4
2.1. Жалобы и анамнез	4
2.2. Физикальное обследование.....	4
2.3. Лабораторная диагностика.....	4
2.4. Инструментальная диагностика.....	4
2.5. Иная диагностика	5
3. Лечение.....	5
3.1. Консервативное лечение	5
3.2. Хирургическое лечение.....	6
3.3. Иное лечение.....	6
4. Реабилитация	6
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	6
6. Организация медицинской помощи.....	7
7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/синдрома	7
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	8
Список литературы.....	9
Приложение А1. Состав рабочей группы	10
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	11
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	13
Приложение В. Информация для пациента	14

Список сокращений

C. minutissimum – *Corynebacterium minutissimum*

Термины и определения

Лампа Вуда – это диагностическая лампа, излучающая преимущественно в длинноволновой части ультрафиолетового диапазона.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Эритразма – это бактериальное заболевание кожи, возбудителем которого является *C. minutissimum*.

1.2. Этиология и патогенез

Возбудитель эритразмы – грамположительная палочка *Corynebacterium minutissimum*, которая определяется в составе нормальной микрофлоры кожных покровов человека, однако под влиянием предрасполагающих к развитию заболевания факторов микроорганизм проявляет патогенные свойства. Предрасполагающими факторами являются повышенная потливость, повышенная влажность, нарушения иммунитета, сахарный диабет, ожирение, несоблюдение мер личной гигиены [1].

1.3. Эпидемиология

Заболевание распространено повсеместно, однако наиболее часто встречается в регионах с жарким и влажным климатом. Болеют чаще мужчины. Контагиозность заболевания невысокая.

1.4. Кодирование по МКБ 10

Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки (L08)

L08.1 – Эритразма

1.5. Классификация

Отсутствует.

1.6. Клиническая картина

Высыпания чаще всего локализуются на коже пахово-бедренных складок и примыкающей к ним коже бедер и в подмышечной области, возможно поражение кожи складок под молочными железами, живота и межпальцевых складок стоп.

Высыпания имеют вид красновато-коричневых и кирпично-красных пятен с четкими границами, которые, сливаясь, образуют крупные очаги поражения с фестончатыми

очертаниями. В межпальцевых складках отмечаются длительно существующие мацерация, шелушение, трещины.

В лучах лампы Вуда в очагах поражения при эритразме проявляется кораллово-красное свечение.

Заболевание может сопровождаться зудом.

2. Диагностика

Критерии установления диагноза:

Диагноз устанавливается на основании визуального исследования кожи и при необходимости подтверждается результатами лабораторных (микроскопическое исследование соскоба с кожи) и/или инструментальных (люминесцентная диагностика – осмотр под лампой Вуда) методов исследования:

2.1. Жалобы и анамнез

Пациенты могут предъявлять жалобы на зуд.

2.2. Физикальное обследование

• Рекомендуется для установления клинических признаков заболевания визуальное исследование кожи [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Определяются локализация высыпаний и их характер.

2.3. Лабораторная диагностика

• Рекомендуется микроскопическое исследование соскоба кожи для обнаружения возбудителя [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При микроскопическом исследовании соскоба с кожи, предварительно окрашенного по Граму, обнаруживаются грамположительные изогнутые палочки *C. minutissimum*.

2.4. Инструментальная диагностика

• Рекомендуется люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда) [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При осмотре под лампой Вуда обнаруживается характерное для эритразмы кораллово-красное или кирпично-красное свечение, обусловленное продукцией порфиринов возбудителем заболевания *C. minutissimum*.

2.5. Иная диагностика

Не применяется.

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

Для лечения пациентов с эритразмой может назначаться как наружная, так и системная терапия. Для наружной терапии используются прочие антибактериальные препараты для местного применения (фузидовая кислота), противомикробные препараты для лечения угревой сыпи (#эритромицин), противогрибковые препараты для местного применения (бифоназол, циклопирокс, изоконазол), при интенсивном зуде – кортикостеронды сильные в комбинации с другими препаратами (дифлукортолон + изоконазол). В случае поражения гладкой кожи пациентам с эритразмой показана системная терапия с использованием антибактериальных препаратов системного действия (эритромицин, тетрациклин).

• **Рекомендуется** при локализации очагов поражения в складках кожи наружное применение прочих антибактериальных препаратов для местного применения, противомикробных препаратов для лечения угревой сыпи, противогрибковых препаратов для местного применения:

фузидовая кислота, крем 2% наружно 3-4 раза в сутки в течение 2 недель [2].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

или

#эритромицин 5% мазь 2 раза в сутки наружно, втирать в очаги поражения в течение 7 дней [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

или

бифоназол крем 1 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 2 недель [4, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

или

изоконазол крем наносят 1 раз в сутки наружно на пораженные участки кожи [8, 13, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Обычная продолжительность наружной терапии кремом изоконазол составляет 2–3 недели, в случае плохо поддающихся терапии инфекций – 4 недели. Возможно проведение и более длительного курса лечения.

• **Рекомендуются** при зуде в очагах поражения наружно наружно кортикостероиды сильные в комбинации с другими препаратами:

дифлукортолон + изоконазол крем 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 5–7 дней, затем – изоконазол крем 1 раза в день на очаги поражения в течение 7 дней [7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Препарат противопоказан детям до 2 лет.

• **Рекомендуются** при локализации очагов поражения на гладкой коже антибактериальные препараты системного действия:

эритромицин 0,25 г перорально 4 раза в сутки в течение 5–7 дней [2]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Системную терапию эритромицином следует проводить одновременно с наружной терапией. Препарат противопоказан детям до 14 лет.

или

#тетрациклин 0,25 г перорально 4 раза в сутки в течение 14 дней [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Не применяется.

4. Реабилитация

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

• **Рекомендуется** для предотвращения повторного заболевания эритразмой дезинфекция белья и обуви, устранение потливости, соблюдение мер личной гигиены [6,8,9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Во время лечения пациентам следует проводить дезинфекцию белья, носок, колготок, обуви и предметов обихода.

Нательное и постельное бельё, носки, чулки погружают в 2 % раствор дезинфицирующего средства [алкилометилбензиламмония хлорид 4,8% алкилометилэтилбензиламмония хлорид 4,8%] («Самаровка») на 2 часа или 3% раствор – 1,5 часа, затем стирают и прополаскивают. Дезинфекция белья проводится 1 раз в неделю до выздоровления.

Дезинфекция обуви проводится методом протирания 2% раствором дезинфицирующего средства «Самаровка» при времени воздействия 2 часа.

Все работы со средством «Самаровка» следует проводить с защитой кожи рук резиновыми перчатками. Концентрат дезинфицирующего средства «Самаровка» разводят из расчета 1 чайная ложка на стакан воды (2% раствор) и 1,5 чайной ложки на стакан воды (3% раствор). Срок годности рабочих растворов – 14 дней [6].

Для дезинфекции белья, носок применяют кипячение в 1–2% мыльно-содовом растворе в течение 10–20 минут или в 2–3% растворе хозяйственного мыла в течение 5–10 минут, затем проглаживание горячим утюгом во влажном виде [9].

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию отсутствуют. Медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях.

7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/синдрома

- **Рекомендуется** во время лечения для повышения его эффективности в гигиенических целях использовать антибактериальное мыло [11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнено микроскопическое исследование соскоба с кожи из очагов поражения	C	5
2	Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)	C	5
3	Проведена терапия <i>антибиотиками для местного назначения</i> или противомикробными препаратами для лечения угревой сыпи или противогрибковыми препаратами для местного применения или кортикостероиды сильные в комбинации с другими препаратами и (дифлукортолон + изоконазол) и/или антибактериальных препаратов системного действия	C	5

Список литературы

1. Holdiness M.R. Management of cutaneous erythrasma. *Drugs* 2002; №62 (8): 1131–1141.
2. Avci O., Tanyildizi T., Kusku E. A comparison between the effectiveness of erythromycin, single-dose clarithromycin and topical fusidic acid in the treatment of erythrasma. *J Dermatol Treat* 2013; №24 (1): 70–74.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах – Т.1/Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М., Медицина, 1999. – С.305–306.
4. Lackner T.E., Clissold S.P. Bifonazole. A review of its antimicrobial activity and therapeutic use in superficial mycoses. *Drugs* 1989. №38 (2): 204–225.
5. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика и лечение. – М., Миклош, 2005. – С.97–99.
6. Федорова Л.С., Степанова Ж.В., Кожичкина Н.В. Новые средства для дезинфекции обуви. *Дезинфекционное дело*. – 2005. – №3. – С.39–42.
7. Piergiorgio M. Effective treatment of erythrasma-associated inflammation and pruritus with isoconazole nitrate and diflucortolone valerate combination therapy. *Mycoses* 2013; №56 (Suppl.1): 38–40.
8. Степанова Ж.В. Профилактика грибковых заболеваний. М., 2008; с. 12–15.
9. Шеклаков Н.Д., Лещенко В.М. Методические рекомендации по клинике, диагностике, лечению и профилактике микозов стоп. М., 1979; с. 14–15.
10. Кашкин П.Н. Дерматомикозы. Руководство для врачей. Издательство Медицина. Ленинград, 1967; с. 223–227.
11. Dodge B.G., Knowles W.R., McBride M.E. et al., Treatment of erythrasma with an antibacterial soap. *Arch Derm* 1968; 97 (5): 549–552.
12. Earl D, Allenby L, Richards H, Wright CM. Bifonazole 1% gel in the treatment of superficial dermatophytoses and erythrasma of the feet and groin. *Pharmatherapeutica*. 1986;4(8):532-535.
13. Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier, 2017. p. 86
14. Микозы человека и противогрибковые препараты: монография/ А.К.Саданов, В.Э.Березин, Л.П.Треножникова и др.– Алматы, 2016. - 315 с.: ил.44; табл.17.

Состав рабочей группы

Председатель:

Страт А.И. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Члены:

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Перчун А.М. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, заведующая кожно-венерологическим отделением государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» **Н. Т. Барановская** -главный врач государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к
применению и противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного
препарата**

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1. Врачи-дерматовенерологи;
2. Врачи-аллергологи-иммунологи;
3. Ординаторы по специальностям «Дерматовенерология» и «Аллергология и иммунология».

Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

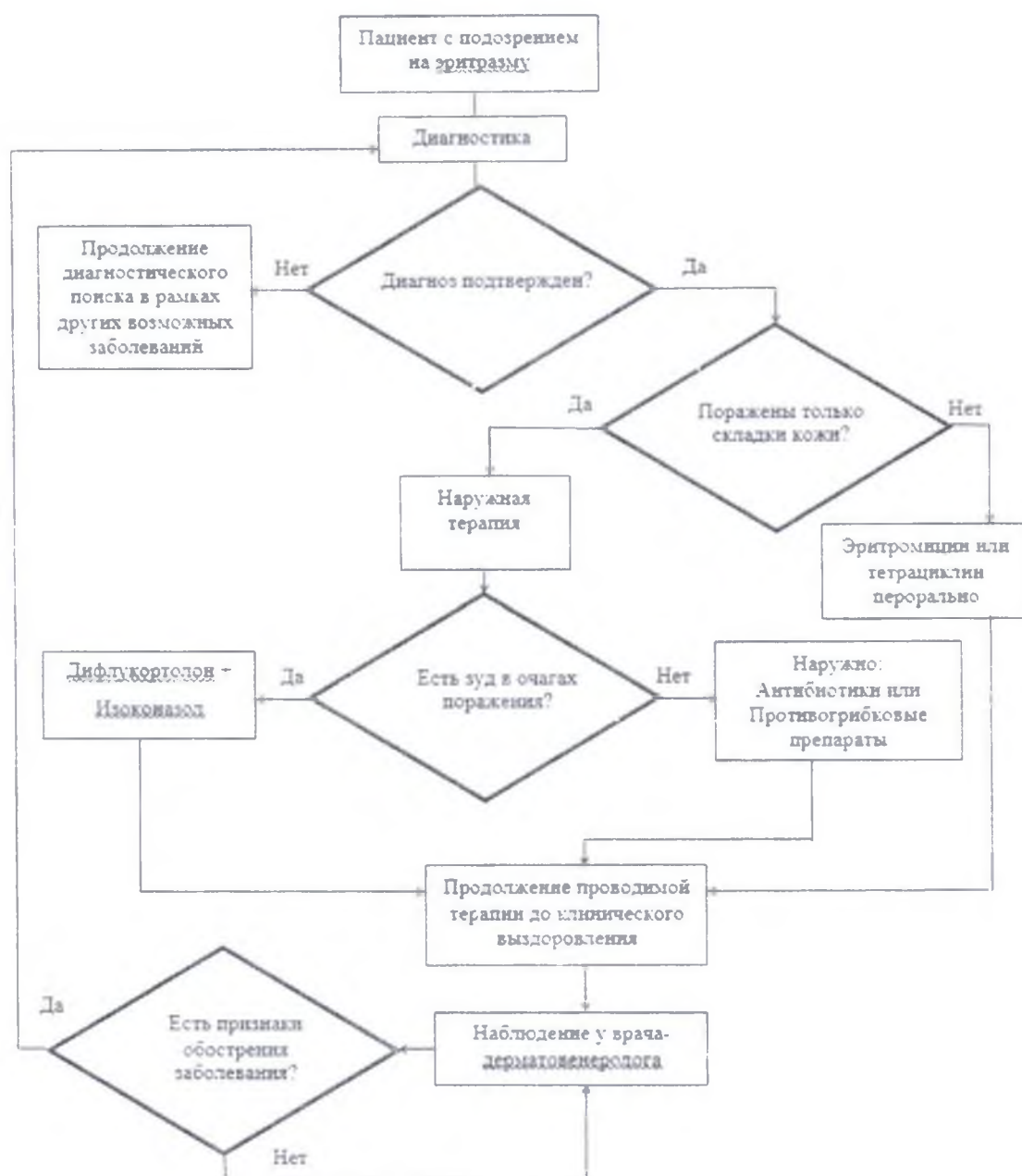
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию-не реже один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаниях, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года №29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);
4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение № 1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года №894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

1. Поддержание гигиены тела, особенно в жаркую погоду
2. Отказ от облегающей одежды из синтетических материалов и неудобного белья, которое натирает кожу. Также стоит помнить, что вся новая одежда перед ноской должна быть выстирана и проглажена
3. Использование антиперспирантов, тщательное обсушивание кожи от пота, особое внимание следует уделить кожным складкам.
4. Устранение причин гипергидроза, проведение ботулинотерапии для коррекции локальных форм повышенного потоотделения