

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ЭРИТРАЗМА

Кодирование по Международной статистической [классификации](#) болезней и проблем, связанных со здоровьем: L08.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 200_3

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации

Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

C. minutissimum - *Corynebacterium minutissimum*

Термины и определения

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

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки (L08):

L08.1 - Эритразма

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Отсутствует.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: Определяются локализация высыпаний и их характер.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

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

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется для проведения дифференциальной диагностики с грибковыми поражениями кожи люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда) [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (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 Иные диагностические исследования

Не применяются.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

Для лечения пациентов с эритразмой может назначаться как наружная, так и системная терапия. Для наружной терапии используются антибиотики для наружного применения (фузидовая кислота), противомикробные препараты для лечения угревой сыпи (эритромицин), противогрибковые препараты для местного применения (изоконазол), при интенсивном зуде - кортикостероиды в комбинации с другими средствами (дифлукортолон + изоконазол, взрослым и детям старше 2-х лет). В случае поражения гладкой кожи пациентам с эритразмой показана системная терапия с использованием антибактериальных препаратов системного действия (эритромицин (взрослым и детям старше 14 лет), тетрациклин (взрослым и детям старше 8 лет, противопоказано беременным)).

- Рекомендуется при локализации очагов поражения в складках кожи наружное применение антибиотиков для наружного применения, противомикробных препаратов для лечения угревой сыпи, противогрибковых препаратов для местного применения:

фузидовая кислота, крем 2% наружно 2 раза в сутки в течение 2 недель [2, 15].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (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 **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендуются детям старше 2 лет при зуде в очагах поражения наружно кортикостероиды в комбинации с другими средствами:

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 4)

- 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 [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

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

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: противопоказан беременным, детям до 8 лет

- или #кларитромицин** 1 г перорально однократно [16 - 18] взрослым пациентам с эритразмой

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: Противопоказан детям до 12 лет, при беременности - с осторожностью.

3.2 Иное лечение

Не применяется

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

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

Нательное и постельное белье, носки, чулки погружают в 2% раствор технического дезинфицирующего средства [алкилдиметилбензиламмония хлорид 4,8% + алкилдиметилэтилбензиламмония хлорид 4,8%] 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 [алкилдиметилбензиламмония хлорид 4,8% + алкилдиметилэтилбензиламмония хлорид 4,8%] при времени воздействия 2 часа.

Все работы со средством [алкилдиметилбензиламмония хлорид 4,8% + алкилдиметилэтилбензиламмония хлорид 4,8%] следует проводить с защитой кожи рук резиновыми перчатками. Концентрат технического дезинфицирующего средства [алкилдиметилбензиламмония хлорид 4,8% + алкилдиметилэтилбензиламмония хлорид 4,8%] 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 оказания медицинской помощи

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

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств - 5)

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено микроскопическое исследование соскоба с кожи из очагов поражения	Да/Нет
2.	Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)	Да/Нет
3.	Проведена терапия антибиотиками для местного назначения или противомикробными препаратами для лечения угревой сыпи или противогрибковыми препаратами для местного применения или глюкокортикоидами в комбинации с другими препаратами (дифлукортон + изоконазол) и/или антибактериальных препаратов системного действия	Да/Нет

Список литературы

1. Holdiness M.R. Management of cutaneous erythrasma. Drugs 2002; N 62 (8): 1131 - 1141.
2. Avci O., Tanyildizi T., Kuskü E. A comparison between the effectiveness of erythromycin, single-dose clarithromycin and topical fusidic acid in the treatment of erythrasma. J Dermatol Treat 2013; N 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; N 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. - N 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; N 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.
15. Koning S, van Suijlekom-Smit L W A, Nouwen J L, Verduin C M, Bernsen R M D, Oranje A P et al. Fusidic acid cream in the treatment of impetigo in general practice: double blind randomised placebo controlled trial BMJ 2002; 324: 203 doi: 10.1136/bmj.324.7331.203
16. Chodkiewicz HM, Cohen PR: Erythrasma: successful treatment after single-dose clarithromycin. Int J Dermatol. 2013, 52: 516 - 518. 10.1111/j.1365-4632.2011.05005.

17. Avci, O., Tanyildizi, T., & Kusku, E. (2011). A comparison between the effectiveness of erythromycin, single-dose clarithromycin and topical fusidic acid in the treatment of erythrasma. Journal of Dermatological Treatment, 24(1), 70 - 74. <https://doi.org/10.3109/09546634.2011.594870>

18. Holdiness, M.R. Management of Cutaneous Erythrasma. Drugs 62, 1131 - 1141 (2002). <https://doi.org/10.2165/00003495-200262080-00002>

Приложение A1

**СОСТАВ
РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПЕРЕСМОТРУ
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

1. Кубанов Алексей Алексеевич - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

2. Чикин Вадим Викторович - доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

3. Кожичкина Наталья Владимировна - кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение A2

МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-дерматовенерологи

2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по специальности "Дерматовенерология".

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от

	исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию - не реже чем один раз в три года, 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 КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

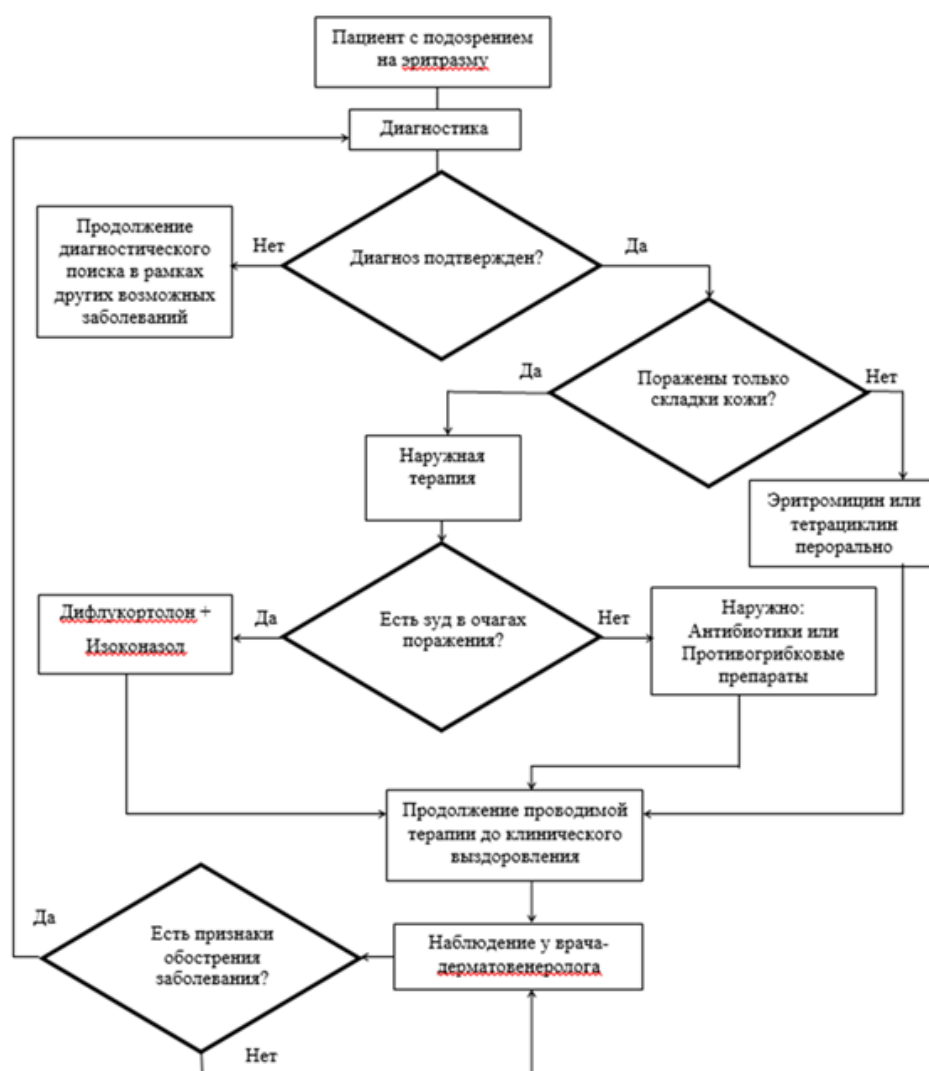
**СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ,
ВКЛЮЧАЯ СООТВЕТСТВИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ
И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, СПОСОБОВ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

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

1. [Порядок](#) оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология", утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 924н от 15 ноября 2012 г.

Приложение Б

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. Рекомендуется соблюдение правил личной гигиены.
2. Рекомендуется ношение хлопчатобумажного белья и носков.

ШКАЛЫ

**ОЦЕНКИ, ВОПРОСНИКИ И ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТА, ПРИВЕДЕННЫЕ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ**
