

годности по профилю «Дерматовенерология» юношей призывного возраста к службе в армии.

Список литературы:

1. Военно-врачебная экспертиза по профилю «дерматовенерология» юношей призывного возраста. [Текст]: учебное пособие для врачей / под ред. М. А. Уфимцевой, И. П. Никулина; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России; ФКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ». — Екатеринбург : Издательство УГМУ, 2020 –103 с.

2. Кубанов А.А. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в РФ. Итоги 2018 года / Кубанов А.А., Богданова Е.В. // Вестник дерматологии и венерологии. –2019. –№95(4) –С. 8-23.

3. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 N 565 (ред. от 01.06.2020) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Приложение N 1.

4. Приказ Министра обороны РФ от 16.09.2015 N 533 (ред. от 12.09.2018) "Об определении форм документов, заполняемых врачами-специалистами, врачами, руководящими работой по медицинскому освидетельствованию граждан, при первоначальной постановке граждан на воинский учет...". Приложение N 5

УДК 616.511-036.1

**Подкорытова О.М., Николаева К.И., Антонова С.Б., Бочкарев Ю.М.
К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ЭРИТРАЗМЫ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Podkorytova O. M., Nikolaeva K. I., Antonova S. B., Bochkaev Yu. M.
ON THE QUESTION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF
ERYTHRASMA**

Department of dermatovenerology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: podkorytova.1995@bk.ru

Аннотация. В статье представлены обзор литературы по нозологии «Эритразма», особенности дифференциальной диагностики и клинические наблюдения.

Annotation. The article presents a review of the literature on the nosology of "Erythrasma", features of differential diagnosis and clinical observations.

Ключевые слова: Эритразма, осмотр под лампой Вуда, эпидермофития паховая, микоз крупных складок.

Keywords: Erythrasma, examination under Wood's lamp, epidermophytia inguinal, mycosis of large folds.

Введение

Эритразма (греч. erythrasma) – распространённый дерматоз, с поверхностным поражением гладкой кожи, вызываемый бактерией *Corynebacterium minutissimum*.

Впервые данное заболевание описал немецкий дерматолог Фридрих Вильгем Феликс фон Беренспрунг в 1862 г. Немецкий медик, врач-дерматолог, профессор университета в Бреслау, Генрих Кёбнер, в 1866г. произвел первое экспериментальное заражение материалом из чешуек, доказав контагиозность эритразмы: из 3 прививок в собственную кожу и кожу ассистента удалась одна прививка ассистенту [4].

По данным исследований, частота встречаемости эритразмы составляет около 4,0%, наиболее часто – в странах с субтропическим и тропическим климатом, более распространена у лиц негроидной расы [11]. В одном исследовании, проведённом в Турции, частота эритразмы составила 46,7% среди 122 пациентов с поражением межпальцевых промежутков стоп [7]. Высыпания в области паховых складок чаще встречаются у мужчин, а в межпальцевых промежутках – у женщин [9]. С возрастом заболеваемость увеличивается, поэтому эритразму чаще выявляют у взрослых. Средний возраст заболевших 35-50 лет [9]. У людей, постоянно находящихся в местах совместного проживания, таких как общежития, казармы, тюрьмы, дома престарелых, эритразма встречается значительно чаще, хотя контагиозность заболевания считается невысокой.

Клинически эритразма проявляется очагами невоспалительного характера в виде слабо шелушащегося пятна с четкими границами, чаще жёлто- или кирпично-коричневого цвета, с *фестончатыми* очертаниями [8]. Чаще поражает пахово-бедренные складки и межпальцевые складки стоп. Реже - подмышечные впадины, под молочными железами, вокруг пупка, на животе, мошонке, головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти, вокруг заднего прохода. При поражении межпальцевых складок стоп эритразма характеризуется желтоватой и коричневатой окраской кожи боковых поверхностей пальцев, незначительным шелушением, более выраженным в глубине складок.

Встречается комбинированное поражение пахово-бедренных областей эритразмой и руброфитией [7]. В этих случаях по периферии очага появляется прерывистый валик, более выражены воспалительные явления. По данным А.Л.Рудяка, эритразма может сочетаться с разноцветным лишаем (12,1%), руброфитией гладкой кожи (12,7% из 173 обследованных больных) [5].

В иностранных источниках приводится несколько интересных случаев нетипичных проявлений эритразмы: везикулёзно-буллёзная форма,

локализованная форма эритразмы в области ствола полового члена, локализованная форма в области ладоней, локализованная форма в области ануса, эритразма ногтей с подногтевым гиперкератозом, онихолизисом и изменением цвета ногтевой пластинки [10].

Заболевание может длиться годами, течение хроническое с непродолжительными ремиссиями и рецидивами, особенно в летнее время года. Описаны случаи самопроизвольного излечения.

Самым быстрым, простым и достоверным методом диагностики является осмотр очагов поражения лампой Вуда. В лучах лампы Вуда очаги поражения дают характерное *кораллово-красное* свечение. W. Meinhof и J. Meyer-Rohn показали, что флюоресценция очагов эритразмы обусловлена водорастворимыми порфиринами, выделяемыми возбудителями в процессе жизнедеятельности [5].

Другим методом диагностики является микроскопическое исследование соскоба с очагов поражения и окраска материала метиленовым синим цветом, при котором *Corynebacterium minutissimum* видны в виде изогнутых или булавовидных палочек. Для исключения дерматофитных инфекций, кандидоза и разноцветного лишая рекомендовано проводить тест с гидроксидом калия (20% КОН).

Стоит отметить, что исследователями наряду с типичной клинической симптоматикой дерматомикозов описывают атипичные варианты, которые формируются в результате предшествующего самолечения топическими глюкокортикостероидами, что может затруднять лабораторную диагностику и приводить к диагностическим ошибкам [1,6].

Диагноз эритразмы должен устанавливаться на основании характерной клинической картины, обнаружения возбудителя при микроскопическом исследовании чешуек кожи (грамположительные изогнутые коринебактерии), кораллово-красного или кирпично-красного свечения под лампой Вуда [2].

Дифференциальная диагностика эритразмы проводится с аллергическим контактным дерматитом, раздражённым контактным дерматитом, опрелостью, себорейным дерматитом, кандидозом складок, разноцветным лишаем, паховой эпидермофитией, лишаем ретонда, сливным ретикулярным папилломатозом, черным акантозом, инверсионным псориазом.

Так как эти заболевания внешне очень часто похожи, для их диагностики и терапии следует обращаться к врачу дерматовенерологу, так как лечение у каждой болезни разное.

Цель исследования – представить клинический случай эритразмы для освещения вопроса дифференциальной диагностики.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников с помощью поисковых систем PubMed, Medline, SCOPUS, РИНЦ. Описаны клинические случаи.

Результаты исследования и их обсуждение

Для дифференциальной диагностики приводим два собственных наблюдения: эритразмы и паховой эпидермофитии.

Клинический случай №1

Пациентка К., 40 лет. Предъявляет *жалобы на сыпь* в подмышечных областях.

Из анамнеза: считает себя больной в течение месяца. Самостоятельно использовала наружно крем с бетаметазоном, без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. При осмотре наблюдаются резко отграниченные очаги монотипной сыпи, локализованные симметрично в подмышечной области, высыпания светло-коричневого цвета, до 2 см в диаметре, неправильной формы с четкими фестончатыми контурами. Поверхность сыпи гладкая, местами покрыта мелкопластинчатыми чешуйками, по краю очага шелушение отсутствует. Свечение в лучах лампы Вуда отсутствует (Рис.1,2).



Рис 1,2. Поражение подмышечных областей у пациентки с эритразмой.

Диагноз: Эритразма, инерттригинозная форма. L08.1

Диагностика: Свечение в лучах лампы Вуда отсутствует, так как пациентка в течение длительного времени занималась самолечением с применением топических глюкокортикостероидов.

Проведено лечение: Эритромицин 5,0% мазь, 2 раза в сутки, в течение 7 дней. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика.

Клинический случай №2

Мужчина М., 66 лет. Предъявляет *жалобы на* высыпания на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, межъягодичной складке, периодический зуд, жжение.

Из анамнеза: Высыпания на коже с апреля 2020г. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно использовал наружно крем с бетаметазоном, без эффекта. С постепенным распространением процесса, изменением ногтевых пластинок стоп.

Объективно: На коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, межъягодичной складке, кольцевидные шелушащиеся пятна красного

цвета, образующие при слиянии «фестончатые» очаги, до 10 см. в диаметре (Рис.3,4).



Рис 3,4. Кожный процесс при эпидермофитии паховой

Диагностика: ОАК - норма, Б/Х крови (ГГТ,ед/л – 57, АСТ,ед/л – 24, АЛТ,ед/л – 25, Общий белок, г/дл – 81,7, Альбумин,г/дл – 47,4, Креатинин,мг/дл – 0,88, Глюкоза, ммоль/л – 5,1, Азот мочевины,мг/дл – 6,5, Мочевая кислота,мкмоль/л – 241,2, Общий билирубин, мг/дл – 14,2) – норма. В микроскопическом исследовании с очагов на гладкой коже, ногтевых пластин стоп, подошвенных поверхностей – обнаружены нити мицелия от 18.09.2020г.

Диагноз: Микоз крупных складок. Эпидермофития паховая. Онихомикоз стоп (гипертрофический тип). Микоз стоп (сквамозная форма). В 35.6

Проведено лечение: Итраконазол 100мг, по 2 капсулы 2 раза в сутки 7 дней, повторный курс – через 3 недели, в течение 4 месяцев. Наружно: Тербинафин, крем 2 раза в сутки, 1 месяц. Нафтифин, раствор – для обработки ногтевых пластинок, 2 раза в сутки, 6 месяцев. Дезинфекционная обработка обуви раствором хлоргексидина биглюконата 1%. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика.

Выводы:

1. На основании собственных наблюдений и данных литературы убеждаемся в том, что эритразма более распространенное и часто не диагностируемое заболевание.

2. В практической деятельности доступные методы диагностики для исключения эритразмы применяются редко.

3. В перечень диагнозов для дифференциальной диагностики с микозами не всегда вносят эритразму. Это приводит к диагностическим ошибкам и неэффективности назначаемой терапии.

Список литературы:

1. Антонова, С. Б. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области / С. Б. Антонова, М. А. Уфимцева // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – № 3. – С. 12–15.
2. Клинические рекомендации российского общества дерматологов и косметологов. Эритразма. – 2017. – С. 17.
3. Котрехова Л.П. Роль бактериально-грибковых инфекций в патогенезе заболеваний кожи и методы их лечения / Л.П. Котрехова, И.В. Пиотровская // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – Т. 9. – № 3. – С. 38-44.
4. Рудяк А.Л. Эритразма. – В кн.: Вопросы дерматологии и венерологии. Сборник работ Центрального кожно-венерологического института Министерства здравоохранения СССР. – М.: Медгиз, 1953. – С. 53-58.
5. Рудяк А.Л. Этиология, клиника, диагностика и лечение эритразмы: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1970.
6. Хисматуллина З.Р. Атипичные случаи микроспории (обзор) / З.Р. Хисматуллина, А.Р. Харисова // Проблемы медицинской микологии. – 2018. – Т. 20. – № 1. – С. 3-5.
7. Inci M. prevalence of interdigital erythrasma in southern region of Turkey / M. Inci, G. Serarslan, B. Ozer, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. –2012. – Т. 26. – №11. – P. 1372-1376.
8. Groves John B. Erythrasma / John B. Groves, Andrew M. Freeman // StatPearls Publishing. – 2019.
9. Morales-Trujillo M.L., Arenas R., Arroyo S. Interdigital erythrasma: clinical, epidemiologic, and microbiologic findings // ActasDermosifiliogr. — 2008. – Т. 99. – №6. – P. 469-473.
10. Rao A.G. Erythrasma of Palm: Presentation at the Rare Site / A.G. Rao, A. Karanam, Farheen // Indian Dermatol Online J. — 2019. – Т.10. – №3. – С. 356-357.
11. Sarkany I. Incidence and bacteriology of erythrasma / I. Sarkany, D. Taplin, H. Blank // Arch Dermatol. – 1962. – № 85. – P. 578-582.

УДК 614.88

**Посохина А.В., Антонов С.И.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА
ФЕДЕРАЛЬНЫХ ТРАССАХ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Posokhina A.V., Antonov S.I.
ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN CASE OF ROAD TRAFFIC
ACCIDENTS ON FEDERAL HIGHWAYS OF THE URAL FEDERAL
DISTRICT**