



ОТРУБЕВИДНЫЙ ЛИШАЙ

Авторы: О. Л. Иванов

ОТРУБЕВИДНЫЙ ЛИШАЙ (разноцветный лишай), микоз кожи, вызываемый грибом *Pityrosporum orbiculare* и характеризующийся появлением на туловище, шее, плечах слегка шелушащихся, слабо зудящих пятен желтовато-розового или коричневатого цвета. Гриб обитает только на коже человека в сапрофитной (см. *Сапрофиты*) или патогенной форме. Контагиозность О. л. крайне незначительна, и для его передачи необходим длительный и тесный контакт с больным человеком. Возникновению О. л. в результате трансформации сапрофитной формы гриба в патогенную или инфицирования извне способствует ослабление защитных механизмов организма человека, в первую очередь угнетение клеточного иммунитета, а также повышенная потливость, которая может быть обусловлена вегетативно-сосудистыми расстройствами, излишним укутыванием, работой в горячих цехах, длительным приёмом жаропонижающих средств и др. причинами. Нередко О. л. развивается на фоне туберкулёза лёгких, лимфогранулематоза и др. болезней, сопровождающихся повышенным потоотделением. Первичной локализацией гриба и источником рецидивов служат устья сально-волосяных фолликулов, где он размножается, образуя колонии в виде желтовато-бурых точек. Путём периферич. роста эти элементы постепенно превращаются в округлые, резко очерченные пятна до 1 см в диаметре, а затем сливаются в крупные очаги размером до ладони и более. Эти очаги имеют фестончатые очертания, а по их периферии рассеяны изолированные пятна. При длительном течении О. л. очаги поражения могут занимать обширные участки кожи – всю спину, боковые поверхности туловища, грудь. Чаше высыпания имеют желтоватый цвет, но иногда их окраска значительно варьирует – от бледно-кремовой до тёмно-бурой. Поверхность высыпаний обычно покрыта отрубевидными чешуйками (отсюда назв.), образующимися в результате разрыхления грибом рогового слоя эпидермиса. При частом мытье чешуйки малозаметны, но при поскабливании кожи происходит её шелушение. Под влиянием инсоляции или искусств. УФ-облучения в области высыпаний возникает интенсивное шелушение кожи, которое может приводить к излечению. Наиболее частая локализация сыпи – грудь, спина, подмышечные ямки, откуда она может распространяться на плечи, боковые поверхности туловища, живот. Значительно реже *сыпь* появляется на руках, ногах, шее, лице, волосистой части головы, половых органах; кисти и стопы не поражаются. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Болезнь может продолжаться многие годы, а к старости О. л. обычно подвергается спонтанному регрессу. Дифференциальный диагноз проводят с розовым лишаем, вторичным сифилисом. Для лечения применяют микозолон (мазь), клотримазол (крем, шампунь «кето плюс»). При распространённых формах течения и для предупреждения рецидивов показан приём внутрь низорала по 200 мл в сутки в течение 10–14 дней. Профилактика состоит в повторных курсах антимикотич. терапии, дезинфекции нательного и постельного белья и устранении потливости.

Литература

Лит.: Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О. Л. Иванова. 2-е изд. М., 2007.