УДК: 616.992.282-07

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.Р. ХОШИМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

https://doi.org/10.5281/zenodo.21338726

АННОТАЦИЯ

При обследовании 120 больных разноцветным лишаем было выявлено 37,5% пациентов с атипичным течением микоза, что создавало определенные сложности в диагностике и лечении. Отмечается практическая значимость проведения себуметрии кожных покровов у больных разноцветным лишаем.

Ключевые слова: *кератомикозы, разноцветный лишая, клиника, диагностика.*

АННОТАЦИЯ

Ранг-баранг темиратки билан касалланган 120 нафар беморни текшириш жараёнида беморларнинг 37,5%да микознинг атипик кечиши аникланди, бу эса ташхис куйиш ва даволошда муайян кийинчиликларни келтириб чикарди. Ранг-баранг темиратки билан огриган беморларда тери копламларининг себуметриясини утказишнинг амалий ахамияти таъкидланади.

Калит сўзлар: *кератомикозлар, ранг-баранг темиратки, клиника, диагностика.*

ABSTRACT

During the examination of 120 patients with pityriasis versicolor, atypical forms of mycosis were identified in 37.5% of patients, which created certain difficulties in diagnosis and treatment. The practical significance of performing sebometry of the skin in patients with pityriasis versicolor is emphasized.

Key words: *keratomycoses, pityriasis versicolor, clinical presentation, diagnosis.*

В большинстве случаев заболевание начиналось с появления желтоватых точек, приуроченных к устью волосяного фолликула. Затем путем медленного периферического роста эти элементы превращаются в округлые, резко очерченные пятна диаметром до 1 см. В результате слияния пятна образуют крупные очаги до 10-15 см. Таким очаги имеют фестончатые очертания, по их периферии располагаются изолированные пятна. Следует отметить, что при длительном течении заболевания очаги поражения могут занимать обширные участки кожного покрова (спина, боковые поверхности туловища и т.д.). Обычно высыпания приобретают желтовато-коричневатый цвет различной интенсивности. Иногда пятна имеют розовую окраску, что, по-видимому, связано со степенью кровенаполнения сосудов кожи. Неодинаковая окраска высыпаний у разных пациентов и даже у одного и того же больного обусловило название микоза – разноцветный лишай. Поверхность высыпаний, как правило, покрыта отрубевидными чешуйками, образующимися в результате разрыхления грибами рогового слоя эпидермиса. Отсюда происходит второе

название микоза – отрубевидный лишай. При частом мытье чешуйки малозаметны, однако при поскабливании легко возникает шелушение, причем пластинчатыми чешуйками (феномен «удара ногтем» или симптом Бенье). Под влиянием инсоляции и искусственного ультрафиолета в области высыпаний наступает интенсивное шелушение, когда образуются постэруптивные, светлые пятна, что создает картину псевдолейкодермы.

Нами были изучены клинические особенности течения разноцветного лишая в зависимости от возраста самих пациентов и эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Зависимость клинических форм разноцветного лишая от возраста пациентов

Разновидности разноцветного лишая	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет
Классическая (n=75)	59 (78,7%)	9 (12,0%)	7 (9,3%)
Эритематозно-сквамозная (n=16)	-	3 (18,7%)	13 (81,3%)
Лихеноидная (n=11)	-	11 (100,0%)	-
Уртикароподобная (n=9)	-	5 (55,6%)	4 (44,4%)
Диффузная (n=6)	-	-	6 (100,0%)
Цирцинарная (n=3)	-	-	3 (100,0%)

Как видно из приведенных данных, классическая форма разноцветного лишая наблюдалась преимущественно у больных в возрастной группе «18-25 лет». Атипичные формы разноцветного лишая, как показали исследования, в большинстве случаев встречались в группе больных «36-45 лет», за исключением лихеноидной формы, когда все 11 пациентов было в возрастной группе «26-35 лет».

Таблица 2.

Результаты себуметрии у больных с различными формами разноцветного лишая

Разновидности разноцветного лишая	Щеки (в баллах)	Т-зона (в баллах)	Туловище (в баллах)	Плечи (в баллах)
Классическая (n=75)	56,5±5,1	65,6±3,9	27,9±2,1	16,2±3,5
Эритематозно-сквамозная (n=16)	82,5±9,1	85,7±7,7	26,5±3,1	19,2±4,5
Лихеноидная (n=11)	22,1±2,3	28,5±4,1	20,1±3,3	18,5±2,5
Уртикароподобная (n=9)	18,2±3,3	26,3±3,1	18,1±3,5	19,2±1,8
Диффузная (n=6)	82,2±10,2	79,2±9,2	39,2±5,1	30,1±5,5
Цирцинарная (n=3)	79,2±11,5	78,7±9,3	38,1±5,3	32,3±5,5

Как отмечено в таблице 2, наиболее выраженные изменения себуметрии выявлены у больных с атипичными формами разноцветного лишая, когда повышенная жирность кожи выявлена не только на коже лица, но и на других участках кожного покрова (туловище, плечи и т.д.). По всей вероятности, одной из причин развития атипичных форм разноцветного лишая являются определенные функциональные особенности придатков кожи, что должно

быть учтено при разработке алгоритма лечения больных с указанным микозом.

Таким образом, клинически разноцветный лишай проявляет себя, когда происходит конверсия сапрофитирующей дрожжевой формы Malassezia spp. в мицелиальную. Также было указано, что детерминанты вирулентности дрожжевых грибов Malassezia, имеющие значение в патогенезе различных кожных заболеваниях, таких как перхоть и себорейный дерматит, основаны на их зависимости от липидов с высвобождением раздражающих побочных продуктов метаболизма, таких как свободные жирные кислоты. С другой стороны, высокое содержание липидов в клеточной стенке приводит к подавлению воспалительной реакции. Помимо этого, были обнаружены вторичные метаболические пути, приводящие к продукции меланина и широкого спектра индольных соединений, и биохимические характеристики многих выделенных соединений могут иметь значение в патогенезе разноцветного лишая. Это подтверждается терапевтическими эффектами некоторых антимикотических препаратов, таких как циклосерин, которые могут представлять собой новые терапевтические подходы к разноцветному лишаю.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллоева М.А., Зоиров П.Т. Современный взгляд на разноцветный лишай: некоторые аспекты патогенеза и клинические особенности течения в условиях жаркого климата. Вестник Авиценны. 2017;19(1):31-36.
2. Альбанова В.И. Малассезия: недооцененный обитатель кожи человека. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2017;2:24-31.
3. Бедоева З.Р. Разноцветный лишай. Особенности лечения. Успехи медицинской микологии. 2020;21(2):83-85.
4. Котрехова Л.П. Отрубевидный лишай. Вестн дерматол. 2016;2:104-109.
5. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. Москва. 2001. 541с.
6. Кукало С.В., Шарова Н.М. Отрубевидный лишай, ошибки в диагностике. Успехи медицинской микологии. 2018;18(4):327-328.
7. Патрушев А.В., Самохин С.О., Кузнецова В.Б., Петтерсен Л.Д. Диагностика и лечение Malassezia-ассоциированных заболеваний. Научно-практ.конф. Москва. 2022;1:69-73.
8. Потекаев Н.Н., Новиков А.Г. Разноцветный лишай. Современный взгляд на старую проблему. Росс журн кож вен бол. 2004;2:42-45.
9. Романенко К.В., Белик И.Е., Ермилова И.В., Романенко В.Н. Опыт использования итраконазола в терапии распространенного разноцветного лишая. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2020;21(3):60-62.
10. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. Москва. БИНОМ-пресс. 2009. 480с.
11. Elizabet J, Santiago M, Bernardino M, Bauza A. Neonatal pityriasis versicolor. PIDJ. 2015;34(3):329-330.
12. Renati S, Cukras A, Bigby M. Pityriasis versicolor. BMJ. 2015;350. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h1394.
13. Saunte DML, Gaitanis G, Hay RJ. Malassezia-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. Front cell infec microbial. 2020;10:112-116.
14. Tamarro A. Atypical clinical manifestation of Pityriasis versicolor in a young boy. G Ital Dermatol Venereol. 2014;149(2):272-274.