

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ**

Москва - 2013

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Разноцветный лишай»:

Утц Сергей Рудольфович - заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, г. Саратов

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
В36.0**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Разноцветный лишай (*pityriasis versicolor, tinea versicolor*) – поверхностное грибковое заболевание кожи, относящееся к группе кератомикозов.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболевание распространено повсеместно, однако наиболее часто встречается в регионах с жарким и влажным климатом. Болеют в основном лица молодого и среднего возраста, крайне редко - дети и пожилые люди.

Возбудителями разноцветного лишая являются диморфные липофильные дрожжи рода *Malassezia* - представители типичной кожной микрофлоры. Наиболее часто обнаруживаются *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*, реже – *M. slooffiae*, *M. restricta* и *M. obtusa*. Установлено, что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба. Под влиянием предрасполагающих факторов эндогенной и/или экзогенной природы, возбудитель трансформируется из непатогенной формы почкующейся бластоспоры в патогенную мицелиальную.

Контагиозность заболевания невысокая. Предрасполагающими факторами могут являться повышенная потливость, изменение химического состава пота, уменьшение физиологического шелушения эпидермиса. Разноцветный лишай чаще развивается у людей с сопутствующими заболеваниями: эндокринной патологией, хроническими болезнями легких и желудочно-кишечного тракта, вегетативно-сосудистыми нарушениями, иммунодефицитами различной природы и др. Способствуют развитию заболевания алиментарная недостаточность, прием оральных контрацептивов, системных глюкокортикостероидных препаратов и иммунодепрессантов. Возможно, имеется генетическая (мультифакториальная) предрасположенность к развитию болезни. В патогенезе могут принимать участие иммунные факторы, однако их сложно интерпретировать. Больные разноцветным лишаем не имеют клеточноопосредованного иммунодефицита к мицелиальным антигенам *Malassezia spp.*

КЛАССИФИКАЦИЯ

Отсутствует

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Высыпания чаще всего локализуются на коже туловища и верхних конечностей, может поражаться кожа волосистой части головы и полового члена. К атипичной локализации разноцветного лишая можно отнести: лицо, ушные раковины, заушные складки, кисти, голени, паховую и подмышечную области, сосок и периареолярное пространство. У детей заболевание нередко начинается с кожи волосистой части головы, но волосы не поражаются. Разноцветный лишай не наблюдается на ладонях, подошвах и слизистых оболочках. Отмечает тропизм возбудителя к участкам кожного покрова, богатым сальными железами.

Первоначально появляются мелкие пятна без воспалительных явлений, нерезко очерченные, сначала розового, затем желтовато-розового, позже коричневого или красно-коричневого цвета, на их поверхности наблюдается мелкопластинчатое шелушение, похожее на отруби (отрубевидный лишай), легко определяемое при поскабливании. Пятна часто бывают множественными, могут сливаться, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями, размеры пятен варьируют от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Иногда, при осмотре крупных очагов в их центре можно определить легкую атрофию. В результате центральной инволюции очаги могут принимать кольцевидную форму. Субъективных ощущений обычно не бывает, но иногда может появляться легкий зуд. После загара в результате усиления шелушения в очагах поражения остаются депигментированные участки кожи.

Выделяют особую форму заболевания – *tinea versicolor alba*, или белый отрубевидный лишай. При этом может иметь место полная депигментация при отсутствии какого-либо шелушения. Депигментация в данном случае не связана напрямую с экранирующими свойствами колоний гриба и может возникать на участках кожного покрова, не подвергавшихся солнечному излучению.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз в большинстве случаев устанавливается на основании типичной клинической картины: характерных высыпаний на участках кожного покрова туловища и верхних конечностей.

При стертых формах и/или атипичной локализации диагноз устанавливается на основании результатов осмотра в лучах люминесцентной лампы Вуда по характерному желтому или золотисто-бурому свечению. Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в основном в тех случаях, когда этиологическим агентом выступает *M. furfur* (около 1/3 заболевших).

При прямом исследовании чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) после 20 минутной экспозиции, световая микроскопия обнаруживает элементы гриба (короткие изогнутые нити мицелия (гифы) от 2 до 4 мкм в диаметре и крупные круглые и овальные споры с двухконтурной оболочкой в виде скоплений, напоминающих гроздь винограда).

При постановке диагноза может быть использована проба Бальцера (йодная проба): при смазывании участков 5% настойкой йода пятна различного цвета окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек.

При гистологическом исследовании пораженных участков кожи с помощью ШИК-реакции можно обнаружить мицелий и округлые споры гриба в роговом слое эпидермиса.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференцировать заболевание в острой стадии следует с розовым лишаем Жибера, сифилитическими розеолами, себорейным дерматитом, экзематидами, эритразмой; при длительном течении – с пигментацией, наблюдающейся после разрешения различных дерматозов, невусом Беккера. При наличии депигментированных пятен – с сифилитической лейкодермой, сухой стрептодермией, витилиго, депигментированными экзематидами.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение отрубевидного лишая основано на применении противогрибковых препаратов местного и системного действия, а также кератолитических средств.

Лекарственные средства выбора.

При ограниченных формах заболевания:

– бифоназол, 1% крем или 1% раствор (А) 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [1-3]

или

– кетоконазол, крем (А) 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [4]

или

– клотримазол, крем или раствор (В) 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) [5-6]

или

– миконазол, крем (А) 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [7-8]

или

– тербинафин, крем и раствор (А) 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [3, 9-10]

или

– оксиконазол, крем (В) 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2 недель) [11].

При поражении кожи волосистой части головы кетоконазол, шампунь (В) 1 раз в сутки (нанести на 5 минут, затем смыть) ежедневно в течение 5 дней [12].

При распространенных и атипичных формах разноцветного лишая, а также неэффективности местной терапии при ограниченном поражении назначают системные антимикотические препараты:

- кетоконазол (А) 200 мг 1 раз в сутки перорально ежедневно в течение 3-5 недель [13-15]

или

- итраконазол (А) 200 мг 1 раз в сутки перорально ежедневно в течение 1 недели или 100 мг 1 раз в сутки ежедневно перорально после еды в течение 15 дней (при сохранении единичных высыпаний после 2-х - недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе) [16-17]

или

- флуконазол (А) 300 мг 1 раз в неделю перорально в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель [14-18].

Требования к результатам лечения

- полное разрешение клинических проявлений,
- отрицательные результаты микроскопического исследования

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

- корригирующая патогенетическая терапия (иммуномодуляторы, средства, нормализующие эндокринную патологию и др.),
- замена антимикотического средства.

ПРОФИЛАКТИКА

Во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон. Следует также рекомендовать лечение членам семьи, если у них выявлено заболевание.

В целях профилактики разноцветного лишая у лиц, предрасположенных к рецидивам заболевания, целесообразен прием кетоконазола в дозе 400 мг в месяц или 200 мг три дня подряд в течение месяца (А) [19] или итраконазола 400 мг один раз в месяц в течение 6 месяцев (А) [20].

Список литературы

1. Soyinka F. Bifonazole in the treatment of fungal skin infections in the tropics: a clinical and mycological study. *Curr Med Res Opin* 1987;10:390-6.
2. Hernandez-Perez E. A comparison between one and two weeks' treatment with bifonazole in pityriasis versicolor. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:561-4.
3. Aste N, Pau M, Pinna AL, Colombo MD, Biggio P. Clinical efficacy and tolerability of terbinafine in patients with pityriasis versicolor. *Mycoses* 1991;34: 353-7.
4. Savin RC, Horwitz SN. Double-blind comparison of 2% ketoconazole cream and placebo in the treatment of tinea versicolor. *J Am Acad Dermatol* 1986;15: 500-3.
5. Alchorne MMA, Paschoalick RC, Foraz MH. Comparative study of tioconazole and clotrimazole in the treatment of tinea versicolor. *Clin Ther* 1987;9:360-7.
6. Gip L. The topical therapy of pityriasis versicolor with clotrimazole. *Postgrad Med* 1974;50(Suppl 1):59-60.
7. Tanenbaum L, Anderson C, Rosenberg MJ, Akers W. 1% sulconazole cream versus 2% miconazole cream in the treatment of tinea versicolor: a double-blind, multicenter study. *Arch Dermatol* 1984; 120:216-9.
8. Fredriksson T. Treatment of dermatomycoses with topical tioconazole and miconazole. *Dermatologica* 1983;166:14-9.
9. Faergemann J, Hersle K, Nordin P. Pityriasis versicolor: clinical experience with Lamisil cream and Lamisil DermGel. *Dermatology* 1997;194(suppl 1): 19-21.
10. Vermeer BJ, Staats CCG. The efficacy of a topical application of terbinafine 1% solution in subjects with pityriasis versicolor: a placebo-controlled study. *Dermatology* 1997;194(suppl 1):22- 4.
11. Jegasothy BV, Pakes GE. Oxiconazole nitrate: pharmacology, efficacy, and safety of a new imidazole antifungal agent. *Clin Ther* 1991; 13: 126-41
12. Lange DS, Richards HM, Guarnieri J et al. Ketoconazole 2% shampoo in the treatment of tinea versicolor: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *JAAD* 1998; 39: 6, 944-50.
13. Hay RJ, Adriaans B, Midgley G, English JS, Zachary CB. A single application of bifonazole 1% lotion in pityriasis versicolor [letter]. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12:315.
14. Farshchian M, Yaghoobi R, Samadi K. Fluconazole versus ketoconazole in the treatment of tinea versicolor. *J Dermatol Treat* 2002;13:73-6.
15. Savin RC. Systemic ketoconazole in tinea versicolor: a double-blind evaluation and 1-year follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:824- 30.
16. Faergemann J. Treatment of pityriasis versicolor with itraconazole: a double-blind, placebo-controlled study. *Mycoses* 1988;31:377-9.
17. Hickman JG. A double-blind, randomized, placebocontrolled evaluation of short-term treatment with oral itraconazole in patients with tinea versicolor. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:785- 7.
18. Amer MA, et al. Fluconazole in the treatment of tinea versicolor. *Int J Dermatol* 1997;36:938-46.
19. Faergemann J, Djarv L. Tinea versicolor: treatment and prophylaxis with ketoconazole. *Cutis* 1982; 30: 542-50.
20. Faergemann J, Gupta A K, Al Mofadi A et al. Efficacy of Itraconazole in the Prophylactic Treatment of Pityriasis (Tinea) Versicolor *Arch Dermatol.* 2002;138(1):69-73.