Розовый лишай Жибера: клинические наблюдения

В.Н. ГРЕБЕНЮК[1, 2], Т.Н. ГРИШКО, Н.В. БАКОНИНА

[1]Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы; [2]ГКБ №14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы

Pityriasis rosea Gibert: Clinical observations

V.N. GREBENYUK, T.N. GRISHKO, N.V. BAKONINA

Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department; V.G. Korolenko City Clinical Hospital Fourteen, Moscow Healthcare Department

Представлены клинические наблюдения за пациентами с розовым лишаем Жибера.

Ключевые слова: розовый лишай Жибера.

The paper describes the clinical observations of patients with pityriasis rosea Gibert.

Key words: pityriasis rosea Gibert.

Дерматологам о розовом лишае Жибера (РЛЖ; синонимы — пятнистый и круговой лишай, шелушащаяся розеола, диссеминированный лишай) известно более 150 лет (описан C. Gibert в 1860 г.), но неустановленными остаются его этиология и патогенез [1, 2]. Данный дерматоз рассматривают как воспалительное заболевание неизвестной этиологии [3]. При РЛЖ отмечается определенная причинная роль ряда фоновых заболеваний и состояний пациентов, в частности, нервно-трофических и эндокринных нарушений, респираторных инфекций, висцеральной патологии, фокальных болезней, интоксикаций [1, 2]. Предполагают вирусную этиологию РЛЖ [4], не исключают также и стрептококковый генез [1, 5], однако в большей степени исследователи склоняются к инфекционно-аллергической природе данного заболевания [1, 3, 5].

РЛЖ включают в группу предположительно инфекционных заболеваний [1, 2, 6]. На инфекционную природу данного дерматоза указывают наличие легких продромальных симптомов, сезонный характер (возникает обычно весной и осенью), одновременное заболевание членов одной семьи (наблюдается редко), материнская бляшка (первичный очаг) и генерализованная сыпь, приступообразность эфлоресценций, незначительное увеличение регионарных лимфатических узлов [2—4, 7]. Другими представителями этой группы являются псориаз, красный плоский лишай, полиморфная экссудативная эритема.

Высыпаниям предшествует слабо выраженный период продрома в виде недомогания, головной боли, миалгии, артралгии, покраснения зева, субфебрилитета. Через 7—10 сут на туловище появляется ярко-розовая материнская бляшка (в диаметре достигающая не менее 5 см) в виде медальона, овально-округлых очертаний. Центральная ее часть желтоватая, несколько запавшая, края розовые, слегка элевирующие. Элементы сыпи располагаются беспорядочно, дискретны, но могут соприкасаться и даже сливаться, располагаясь на туловище, проксимальных участках кожного покрова конечностей, в аксиллярных и паховых складках, редко — на шее [1, 2, 8]. Зуд обычно отсутствует или слабый, редко сильный [3, 8, 9]. Отмечается ориентация эффлоресценций по линиям Лангера [3, 6]. Примерно у 20% больных материнская бляшка отсутствует, а в части случаев их бывает несколько, что расценивается как атипичное проявление [2, 8, 9].

В клинической картине РЛЖ следует отметить особенность пятен — их розовый венчик и воротничок из тонких чешуек, в центре напоминающий смятую (гофрированную) папиросную бумагу [8].

Диагноз РЛЖ основывается на характерных клинических проявлениях [2, 9], но для того, чтобы избежать диагностических ошибок, следует помнить об атипичных проявлениях дерматоза — папулезных, уртикарных, геморрагических, везикулобуллезных, пустулезных высыпаниях, сопровождающихся интенсивным зудом [1, 2, 8, 10]. Иногда,

© Коллектив авторов, 2013

[1,2]e-mail: oranta28@mail.ru

кроме материнской бляшки, других высыпаний нет или они располагаются на лице и шее, а также могут иметь вид мишени. Гистологические изменения не специфичны [1, 6].

Круг для дифференциальной диагностики РЛЖ включает ряд заболеваний: микоз гладкой кожи, себорейный дерматит, псориаз, парапсориаз, вторичный сифилис, полиморфную экссудативную эритему, токсикодермию, болезнь Лайма, монетовидную экзему, отрубевидный лишай, болезнь Девержи.

От многих дерматозов РЛЖ выгодно отличается спонтанным выздоровлением за 6—8 нед, стойким иммунитетом, а также патогномоничной особенностью — кружевной воротничковой складчатостью и ярко-розовым венчиком пятен и материнской бляшки.

Прогноз заболевания благоприятный. Лечение больным РЛЖ в большинстве случаев не требуется [2, 9]. Однако при островоспалительных, экссудативных явлениях и осложненных формах применяют пресоцил, антигистаминные препараты, тиосульфат натрия, глюкокортикостероидные препараты [9].

При обильных высыпаниях используют антибактериальные препараты (например, эритромицин в течение 14 сут), а также аскорбиновую кислоту, пантотенат кальция, субэритемные дозы УФО [10]. Наружно назначают взбалтываемые смеси, лоринден С, гиоксизон, 10% метилурациловую мазь [1, 6].

Рекомендовано избегать водных процедур и ношения синтетической одежды, острая, соленая пища из рациона исключается [1, 3]. Рекомендуется ограничить потребление шоколада, цитрусовых и пряностей.

Приводим клинические наблюдения за пациентами с РЛЖ, которые находились в ГКБ №14 им. В.Г. Короленко **(рис. 1—7)**.

Больная *Ц.*, 55 лет **(см. рис. 1)**, «материнская» бляшка в области спины обнаружена за неделю до обращения к врачу, дочерние экзантемы начали появляться через 6 сут после появления «материнской» бляшки. Зуд отсутствовал. Лечение не проводилось.

Пациентка *Р.*, 31 год, на коже левой молочной железы рядом с ареолой возникла бляшка диаметром 2 см овально-округлых очертаний **(см. рис. 2)**. Края очага шириной 2 см розово-красные, центральная часть желтоватая с тонкими чешуйками. Аналогичная сыпь появилась на коже правой молочной железы через 4—5 сут и на коже туловища (пятна диаметром до 1 см). Лечение не проводилось.

Больной *С.*, 13 лет, 30.03.13 поступил в ДКВО с диагнозом псориаз **(см. рис. 3)**. Давность заболевания — с 1,5 мес, началось с появления на бедре розовой бляшки с шелушением. В дальнейшем сыпь распространилась на туловище и конечности. Зуда не было. Сопутствующие заболевания — юношеская гинекомастия. Лечение: глюконат кальция, окса-



Рис. 1. **Больная *Ц.*, 55 лет.**



Рис. 2. **Пациентка *Р.*, 31 год.**



Рис. 3. **Больной *С.*, 13 лет.**



а б

***Рис. 4*. Больной *К.*, 14 лет.**
а — вид спереди; б — вид сзади.



а б

***Рис. 5*. Больная *К.*, 10 лет.**
а — вид спереди; б — вид сзади.

циллин, нистатин, мезим—форте, антигистаминные препараты; наружно — цинк-масляная и цинк-водная болтушки. Полное разрешение эффлоресценций.

Больной *К.*, 14 лет **(см. рис. 4)**. Болел с декабря, направлен в стационар с предположительными диагнозами псориаз и парапсориаз. Лечился в ДКВО с 23.05.13 по 21.06.13.

Дерматоз начался с высыпаний на коже груди, затем процесс распространился на туловище и конечности. Амбулаторно лечился нафтодермом, серно-салициловой мазью, радевитом, элокомом С. Через день принимал ванну, ежедневно — гигиенический душ.



***Рис. 6*. Пациент *Ц.*, 13 лет.**

При поступлении в стационар островоспалительный процесс представлен пятнами, папулами ярко-розового цвета овальных очертаний, элементы сыпи отечные, покрытые корко-чешуйками. Отмечался умеренный зуд. Лечение: внутривенные инфузии физиологического раствора с 30% раствором тиосульфата натрия, глюконатом кальция, антигистаминными препаратами, дипроспаном 1,0 №1, цефазолином (внутримышечно), энтеросгелем, делагилом (1 таблетка в сутки), эссенциале форте, сонопаксом, наружно цинк-масляной и нафталановой болтушками, элокомом кремом, 2% нафталановой пастой, 1% раствором метиленового синего. Высыпания регрессировали.

Больная *К.*, 10 лет **(см. рис. 5)**, направлена на лечение в ГКБ №14 им. В.Г. Короленко с диагнозом каплевидный парапсориаз. Давность заболевания — 2 нед. Вначале на коже живота появилась розовая бляшка с шелушением. Вскоре аналогичные пятна меньших размеров обнаружены на туловище и конечностях, в паховых складках. «Материнская» бляшка 3,5 см в диаметре, отечные эритематозные шелушащиеся пятна размером до 1 см, без зуда. По данным лабораторного, инструментального обследования, а также консультаций специалистов патологии не выявлено. Диагноз: РЛЖ. Лечение: гипосульфит натрия, энтеросгель, тавегил, макропен; цинк-масляная болтушка, 5% паста АСД, 1% раствор метиленового синего. Высыпания регрессировали.

Пациент *Ц.*, 13 лет **(см. рис. 6)**, 1,5 мес лечился амбулаторно по поводу псориаза (белосалик наружно). В ДКВО констатирован РЛЖ. Лечение: оксациллин, глюконат кальция, энзистал, антигиста-



а б

***Рис. 7*. Больная *Ж.*, 8 лет.**
а — вид спереди; б — вид сзади.

минные препараты, 2% нафталановая паста, 1% салициловый крем, 5% паста АСД, 1% раствор метиленового синего. Высыпания регрессировали.

Больная *Ж.*, 8 лет **(см. рис. 7)**, 2 нед амбулаторно получала наружно латикорт, цинковую пасту. Водные процедуры. Зуд не беспокоил. При поступлении в ДКВО наблюдалась множественная сыпь из розовых отечных пятен, у части элементов в центральной части — воротничок из тонких чешуек, напоминающий мятую папиросную бумагу. Элементы сыпи на туловище и конечностях диаметром 0,5—0,7 см, на шее — 1,5—2 см. Прослеживалась тенденция к периферическому росту эффлоресценций и слиянию в более крупные очаги. Лечение: оксациллин, глюконат кальция, энзистал, антигистаминные препараты, 2% нафталановая паста, 1% салициловый крем, 5% паста АСД, 1% раствор метиленового синего. Высыпания регрессировали.

На первый взгляд, РЛЖ не представляет собой актуальную дерматологическую проблему. Главным является своевременное распознавание и отказ от водных процедур, что обеспечивает спонтанное регрессирование патологического процесса в течение 6—8 нед. К сожалению, в настоящее время больные розовым лишаем поступают на стационарное лечение из-за неадекватных лечения и ухода при ошибочной диагностике. Негативную роль также играет интенсивная инсоляция. При иррациональной терапии наблюдаются осложнения в виде экзематизации, импетигинизации, что приводит к увеличению сроков выздоровления до 2—3 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Щуцкий И.В.* Справочник по детской дерматологии. Киев: Здоровья 1988; 204—206.
2. *Кроучук Д.П., Манчини А.Д.Ж.* Детская дерматология. Практическая медицина. М 2010; 306—310.
3. *Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л.* Лечение кожных и венерических болезней. М: МИА 2006; 2: 437—438.
4. *Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлоби Ф.* Инфекционные болезни. М: Практика 1998; 410.
5. Кожные и венерические болезни. Под ред. О.Л. Иванова. М: Медицина 1999; 160—161.
6. *Григорьев П.С.* Краткий курс венерических и кожных болезней. М: Медгиз 1939; 202—203.
7. *Машкиллейсон Л.Н.* Частная дерматология. М: Медицина 1965; 230—237.
8. *Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др.* Детская дерматология. М: Практика 1999; 112—115.
9. *Шу-Мей Кейн К., Лио П.А., Стратигос А.Дж., Джонсон Р.А.* Детская дерматология. М: Бином 2011; 235—237.
10. *Уайт Т.* Атлас по дерматологии. М: Гэотар-Медиа 2009; 288—290.