**Отрубевидный, или разноцветный, лишай**

Этиология и патогенез. Возбудитель — Pityrosporum orbiculare или Malassezia furfur — располагается в роговом слое эпидермиса и устьев фолликулов.

Контагиозность заболевания незначительна.

Клиника и течение. На пораженных участках кожи образуются невос¬палительные желтовато-коричневато-розовые пятна, начинающиеся с устьев волосяных фолликулов и постепенно увеличивающиеся в раз¬мерах. Сливаясь между собой, они занимают значительные участки кожи. Пятна имеют микрофестончатые края. Постепенно цвет пятен становится темновато-бурым, иногда они принимают цвет «кофе с мо¬локом». Эта смена оттенков цвета послужила основанием к названию болезни («разноцветный лишай»). Пятна не выступают над уровнем ко¬жи, обычно субъективно не беспокоят (иногда бывает незначительный зуд), сопровождаются муковидным шелушением (отсюда и другое наз¬вание — отрубевидный лишай), легко выявляемым при поскабливании.

Пятна разноцветного лишая располагаются обычно без всякой сим¬метрии. Излюбленная локализация — кожа груди и спины, реже эле¬менты отмечают на коже шеи, живота, боковых поверхностях туловища, наружной поверхности плеч. В последнее время при использовании для диагностики заболевания ртутно-кварцевой лампы с увиолевым стек¬лом (лампа Вуда, см. ниже) пятна разноцветного лишая стали довольно часто (особенно при распространенном процессе) обнаруживать и на коже волосистой части головы, но без поражения волос. Возможно, это одна из причин частых рецидивов заболевания, несмотря на кажущуюся успешность терапии. Солнечные лучи могут приводить к быстрому излечению; тогда на местах бывших высыпаний разноцветного лишая кожа не загорает и выявляются белые пятна (псев¬долейкодерма).

Диагностика затруднений не представляет. При затруднении в диаг¬ностике прибегают к вспомогательным методам. Используют йодную пробу Бальцера, Можно пользоваться феноме¬ном «стружки» (симптом Бенье): при поскабливании пятен предметным стеклом в результате разрыхления рогового слоя верхние слои чешуек отслаиваются. Для выявления клинически скрытых очагов поражения пользуются ртутно-кварцевой лампой, лучи которой пропускают через стекло, импрегнированное солями никеля (фильтр Вуда). Исследование проводят в затемненной комнате, где пятна отрубевидного лишая флю¬оресцируют темно-коричневым или красновато-желтым светом.

Отрубевидный лишай иногда приходится дифференцировать с сифи¬литической розеолой (розеола розового цвета, не шелушится, исчезает при надавливании; учитывают другие симптомы сифилиса и положи¬тельные серологические реакции), розовым лишаем Жибера (розовые пятна располагаются по линиям натяжения кожи Лангера, имеют ром-бовидную или слегка удлиненную форму и в центре своеобразно шелу¬шатся наподобие папиросной бумаги — «медальоны»).

Лечение разноцветного лишая основано на применении кератолити-ческих и противогрибковых препаратов. При ограниченных формах используют наружные антимикотические средства: кетоконазол, бифо-назол, клотримазол, тербинафин и др.

При распространенных формах и отсутствии эффекта от местной терапии назначают системные антмикотики: итроконазол по 100 мг/сут после еды в течение 15 дней или по 200 мг/сут в течение 7 дней. Флуко-назол назначают по 150 мг 1 раз в неделю в течение 4—8 нед.

Профилактика.

Во время лечения необходимо проводить дезинфекцию нательного и постельного белья, одежды больного кипячением в 2% мыльно-содо¬вом растворе и проглаживанием утюгом с пароувлажнителем. Головные уборы достаточно прогладить с изнанки утюгом с пароувлажнителем.