\9

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические рекомендации | |
| **Разноцветный лишай** | |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | В36.0 |
| Возрастная группа: | Дети\взрослые |
| Год утверждения: | **20\_** |
| Разработчик клинической рекомендации: | |
| * Российское общество дерматовенерологов и косметологов | |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc18267600)

[Список сокращений 4](#_Toc18267601)

[Термины и определения 5](#_Toc18267602)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc18267603)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc18267604)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc18267605)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc18267606)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc18267607)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc18267608)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc18267609)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 8](#_Toc18267610)

[2.1 Жалобы и анамнез 8](#_Toc18267611)

[2.2 Физикальное обследование 8](#_Toc18267612)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 8](#_Toc18267613)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 9](#_Toc18267614)

[2.5 Иные диагностические исследования 9](#_Toc18267615)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 9](#_Toc18267616)

[3.1 Консервативное лечение 9](#_Toc18267617)

[3.2 Хирургическое лечение 12](#_Toc18267618)

[3.3 Иное лечение 13](#_Toc18267619)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 13](#_Toc18267620)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 13](#_Toc18267621)

[6. Организация медицинской помощи 13](#_Toc18267622)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 13](#_Toc18267623)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 14](#_Toc18267624)

[Список литературы 15](#_Toc18267625)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 18](#_Toc18267626)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 21](#_Toc18267627)

[Приложение В. Информация для пациента 22](#_Toc18267628)

[Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях 22](#_Toc18267629)

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

Термины и определения

**Разноцветный лишай или отрубевидный лишай** (pityriasis versicolor, tinea versicolor) — это хроническая поверхностная грибковая инфекция кожи, вызванная пролиферацией липофильных дрожжей (Malassezia Species) в роговом слое эпидермиса.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

## 1.1 Определениезаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Разноцветный лишай или отрубевидный лишай ([pityriasis versicolor, tinea versicolor](javascript:void(0))) - это хроническая поверхностная грибковая инфекция кожи, вызванная пролиферацией липофильных дрожжей (MalasseziaSpecies) в роговом слое эпидермиса.

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 (гипергидроз, изменение химического состава пота, снижение физиологического шелушения эпидермиса, семейная восприимчивость, иммуносупрессия) и/или экзогенной (влажность и высокая температура) природы возбудитель трансформируется из непатогенной формы почкующейся бластоспоры в патогенную мицелиальную. Последняя способна синтезировать фермент, препятствующий выработке поглощающего свет пигмента, или токсичные соединения, разрушающие клетки, производящие пигмент [1]. Отмечается тропизм возбудителя к участкам кожного покрова, имеющим большое количество сальных желёз. В патогенезе могут принимать участие иммунные факторы, однако их сложно интерпретировать. Больные разноцветным лишаем не имеют клеточно-опосредованного иммунодефицита к мицелиальным антигенам *Malasseziaspp.*

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Разноцветный лишай в основном поражает подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 30 лет, но может встречаться у лиц любой возрастной категории, включая младенцев и пожилых людей. Чаще регистрируется у населения, проживающегов регионах с жарким и влажным климатом [2]. Нет убедительных доказательств того, что пол или какая-либо конкретная этническая группа более восприимчивы [3].

Контагиозность заболевания невысокая. Чаще развивается у людей с сопутствующей эндокринной патологией, хроническими болезнями лёгких и желудочно-кишечного тракта, вегетативно-сосудистыми нарушениями, иммунодефицитами различной природы и др. Разноцветный лишай относится к ВИЧ-ассоциированным заболеваниям. Возможно, имеется генетическая (мультифакториальная) предрасположенность. Вероятность развития заболевания у родственников 1-2 линии составляет 22-48% [4]. Триггерными факторами могут быть алиментарная недостаточность, использование оральных контрацептивов, системных и/или топических глюкокортикостероидных препаратов, иммунодепрессантов, а также повышенная потливость и применение продуктов для ухода за кожей на жировой или масляной основе

## 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Другие поверхностные микозы (B36):

В36.0 – Разноцветный лишай.

## 1.5 Классификациязаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Отсутствует

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Разноцветный лишай, как правило, протекает без субъективных ощущений, у некоторых пациентов наблюдается легкий зуд. Наибольшую обеспокоенность у пациентов, обращающихся за медицинской помощью, вызывает неприятный косметический вид кожи, однако, измененная пигментация может сохраняться после лечения [2].

Высыпания чаще всего локализуются на коже груди, верхней части спины, плеч, задней поверхности шеи, может поражаться кожа волосистой части головыи полового члена. К атипичной локализации разноцветного лишая относятся: лицо, ушные раковины, заушные складки, кисти, голени, паховая и подмышечная области, сосок и периареолярная область. У детей заболевание нередко начинается с кожи волосистой части головы, но волосы не поражаются. Разноцветный лишай не наблюдается на ладонях, подошвах и слизистых оболочках.

Заболевание первоначально характеризуется появлением нерезко очерченных светлых или темных пятендиаметром от 3 до 5 мм, круглой или овальной формы, без воспалительных явлений. Цвет пятен варьируется (отсюда название «разноцветный») от розового до коричневого. Пятна часто бывают множественными, могут сливаться, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями. Иногда при осмотре крупных очагов в их центре можно определить легкую псевдоатрофию. В результате центральной инволюции очаги могут принимать кольцевидную форму.

На поверхности пятен при поскабливании определяются мелкопластинчатые чешуйки (симптом скрытого шелушения, симптом Бенье-Мещерского), похожие на отруби (отрубевидный лишай). После загара в результате усиления шелушения в очагах поражения остаются депигментированные участки кожи. Высыпания часто выглядят гиперпигментированными на более светлых типах кожи и гипопигментированными на темной или загорелой коже [2].

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.

Симптомы могут усиливаться в жаркую погоду. Зачастую пациенты с разноцветным лишаем обращаются за медицинской помощью на стадии депигментированных пятен.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

## 2.1 Жалобы и анамнез

См. раздел «Клиническая картина»

## 2.2 Физикальное обследование

См. раздел «Клиническая картина»

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

* Рекомендовано для подтверждения клинического диагноза микроскопическое исследование чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) с 20-минутной экспозицией, на обнаружение элементов 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 гроздья винограда) [31,32].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

* **Рекомендовано** при атипичной локализации, стёртой клинической картине, сочетании с другими заболеваниями кожи определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) / ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови [33,34].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** *разноцветный лишай относится к ВИЧ-ассоциированным заболеваниям.*

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

* **Рекомендовано в качестве метода инструментальной диагностики** осуществлять люминесцентную диагностику (осмотр под лампой Вуда) кожи пациента [35,36].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** диагноз устанавливается на основании результатов по характерному желтому или золотисто-бурому свечению. Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в тех случаях, когда этиологическим агентом является M. furfur (около 1/3 заболевших).

## 2.5 Иные диагностические исследования

* **Рекомендовано в качестве дополнительного диагностического теста** использование пробы Бальцера (йодная проба) [37].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

## 3.1 Консервативное лечение

* **Рекомендовано** для наружной терапии при ограниченных формах заболевания назначение препаратов для наружного применения:

миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [5, 6].

**Комментарии:** *противопоказан у детей до 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

или

тербинафин, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [7, 8, 9].

**Комментарии:** *применение у детей возможно согласно режиму дозирования.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

или

бифоназол, 1% крем или 1% раствор 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [10, 11].

**Комментарии:** *противопоказан детям до 1 года.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

кетоконазол, крем 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [12; 13].

**Комментарии:** *противопоказан в детском возрасте до 12 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

клотримазол, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) [14; 15].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

циклопироксоламин (циклопирокс) 1% крем (у детей, старше 10 лет) 2–3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель) [16; 17].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

или

цинк пиритион, 0,2% крем 2 раза в день, 0,2% аэрозоль 2–3 раза в день до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель) [18, 19].

**Комментарии:** *противопоказан детям до 1 года.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

оксиконазол, крем 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2 недель) [20].

**Комментарии:** *противопоказан детям до 8 лет***.**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)**

* **Рекомендовано** при поражении кожи волосистой части головы назначение шампуней для наружной терапии

кетоконазол, шампунь 1 раз в сутки (нанести на 5 минут, затем смыть) ежедневно в течение 5 дней [21].

**Комментарии:** *противопоказан в детском возрасте до 3 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

циклопироксоламин (циклопирокс) 1,5% шампунь (у детей, старше 10 лет) 2-3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель) [16; 17].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

или

цинк пиритион 1% шампунь 2–3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель) [18; 19].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

* **Рекомендовано** применение системных антимикотических препаратов при распространённых и атипичных формах разноцветного лишая, а также неэффективности местной терапии при ограниченном поражении:

кетоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3-5 недель [22-24].

**Комментарии:** *противопоказан детям до 3 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

или

итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 1 недели или 100 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно после еды в течение 15 дней [25-26].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** при сохранении единичных высыпаний после 2-х-недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе.

или

флуконазол 300 мг перорально 1 раз в неделю в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель [23-29].

Дети: противопоказан в детском возрасте до 1 года.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** обязательным условием назначения системной терапии является обнаружение возбудителя при микроскопическом исследовании. При отсутствии эффекта от лечения применяется корригирующая патогенетическая терапия (иммуномодуляторы, средства, нормализующие эндокринную патологию и др.) и/или замена антимикотического средства.

* **Рекомендовано** для лечения беременных:

клотримазол, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2-).**

или

миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2-).**

## ****3.2 Хирургическое лечение****

Не применяется.

## ****3.3 Иное лечение****

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

* **Рекомендовано** в целях профилактики разноцветного лишая у лиц, предрасположенных к рецидивам заболевания:

кетоконазол 400 мг в месяц или 200 мг три дня подряд в течение месяца [24].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

или

итраконазол 400 мг один раз в месяц в течение 6 месяцев [25].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Восстановление нормального внешнего вида кожи, несмотря на успешное лечение, может потребовать нескольких месяцев, особенно в случае наличия гипо(гипер)пигментированных участков. Важным критерием излечения является отрицательный результат микроскопического исследования.*

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию отсутствуют.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния)

Следует избегать воздействия солнечных лучей, так как это может ухудшить цветовой контраст в связи с тем, что пораженная кожа не сможет загореть. В дальнейшем пораженная кожа возобновляет нормальное производство пигмента.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Выполнено микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения для обнаружения возбудителя | 4 | C |
| 2 | Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда) | 4 | C |
| 3 | Проведена терапия противогрибковыми лекарственными препаратами | 4 | C |
| 4 | Достигнут отрицательный результат микроскопического исследования биологического материала | 4 | C |
| 5 | Достигнут регресс высыпаний | 4 | C |

Список литературы

1. Gaitanis G, Magiatis P, Hantschke M, Bassukas ID, Velegrakid A. The Malassezia genus in skin and systemicdiseases. Clinical Microbiology Reviews2012;25(1):106-41.[DOI: 10.1128/CMR.00021-11; MEDLINE: 22232373];
2. Bamford JTM, Flores-Genuino RNS, Ray S, et al. Interventions for the treatment of pityriasis versicolor. Cochrane Database of Systematic Reviews2014, Issue 7.
3. Aditya K. Gupta, Kelly A.Foley. Antifungal Treatment for Pityriasis Versicolor. J. Fungi 2015, 1, 13-29
4. He SM, Du WD, Yang S, Zhou SM, Li W, Wang J, et al. The genetic epidemiology of tinea versicolor inChina.Mycoses2008; 51(1):55–62. [DOI: 10.1111/j.1439-0507.2007.01437.x; PUBMED: 18076596];
5. 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;
6. Fredriksson T. Treatment of dermatomycoses with topical tioconazole and miconazole. Dermatologica 1983; 166: 14–9;
7. 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;
8. Faergemann J, Hersle K, Nordin P. Pityriasis versicolor: clinical experience with Lamisil cream and Lamisil Derm Gel. Dermatology 1997; 194(suppl 1): 19–21;
9. 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;
10. 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.;
11. Hernandez-Perez E. A comparison between one and two weeks’ treatment with bifonazole in pityriasis versicolor. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 561-4;
12. Balwada, R.P.; Jain, V.K.; Dayal, S. A double-blind comparison of 2% ketoconazole and 1% clotrimazole in the treatment of pityriasis versicolor. Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.1996, 62, 298–300;
13. 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;
14. Alchorne MMA, Paschoalick RC, Foraz MH. Comparative study of tioconazole and clotrimazole in the treatment of tinea versicolor. Clin Ther 1987;9: 360–7;
15. Gip L. The topical therapy of pityriasis versicolor with clotrimazole. Postgrad Med 1974; 50(Suppl 1): 59–60;
16. Subissi A., Monti D., Togni G., Mailland F. Ciclopirox: recent nonclinical and clinical data relevant to its use as a topical antimycotic agent. Drugs 2010; 70 (16):2133–52;
17. No authors listed. Evaluation of a new antifungal cream, ciclopirox olamine 1% in the treatment of tinea versicolor. ClinTher 1985; 8: 41–48;
18. Reeder N.L., Kaplan J., Xu J., Youngquist R.S. et al. Zinc pyrithione inhibits yeast growth through copper influx and inactivation of iron-sulfur proteins. Antimicrobial Agents & Chemotherapy 2011; 55 (12): 5753-60.
19. Fredriksson T., Faergemann J. Double-blind comparison of a zinc pyrithione shampoo and its shampoo base in the treatment of tinea versicolor. Cutis 1983; 31: 436–437.
20. Jegasothy BV, Pakes GE. Oxiconazole nitrate: pharmacology, efficacy, and safety of a new imidazole antifungal agent. Clin Ther 1991; 13: 126-41.
21. 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;
22. Hay RJ, Adriaans B, Midgley G, English JS, Zachary CB. A single application of bifonazole 1% lotion in pityriasis versicolor [letter]. ClinExpDermatol 1987; 12:315.
23. Farshchian M, Yaghoobi R, Samadi K. Fluconazole versus ketoconazole in the treatment of tinea versicolor. J DermatolTreat 2002; 13:73–6.
24. Savin RC. Systemic ketoconazole in tinea versicolor: a double-blind evaluation and 1-year follow-up. J AmAcadDermatol 1984; 10: 824–30.
25. Faergemann J. Treatment of pityriasis versicolor with itraconazole: a double-blind, placebo-controlled study. Mycoses 1988; 31: 377–9.
26. Hickman JG. A double-blind, randomized, placebocontrolled evaluation of short-term treatment with oral itraconazole in patients with tinea versicolor. J AmAcadDermatol 1996; 34: 785–7.
27. Amer MA, et al. Fluconazole in the treatment of tinea versicolor. Int J Dermatol 1997; 36: 938–46.
28. Faergemann J, Djarv L. Tinea versicolor: treatment and prophylaxis with ketoconazole. Cutis 1982; 30: 542-50.
29. Faergemann J, Gupta A K, Al Mofadi A et al. Efficacy of Itraconazole in the Prophylactic Treatment of Pityriasis (Tinea) Versicolor From the Department of Dermatology, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden (Dr Faergemann); the Division of Dermatology, Department of Medicine, Sunnybrook and Women"s College, Health Sciences Center, Sunnybrook, and the University of Toronto, Toronto, Ontario (Dr Gupta); the Division of Dermatology, King Fahad National Guard Hospital, Riyadh, Saudi Arabia (Dr Al Mofadi); the Departments of Dermatology, Riyadh Armed Forces Hospital, Riyadh (Dr Abanami) and Mafraque Hospital, Ministry of Health, Abu Dubai, United Arab Emirates (Dr Abu Shareaah); and Medisearch International, Mechelen, Belgium (Dr Marynissen).Arch Dermatol. 2002; 138(1): 69-73.
30. Coleman T. King, P. David Rogers, John D. Cleary, Stanley W. Chapman Antifungal Therapy During Pregnancy. Clinical Infectious Diseases 1998; 27:1151 – 60.
31. Медицинские лабораторные технологии: Руководство по клинической лабораторной диагностике в 2 т. Том 2. [Под ред. А.И. Карпищенко](https://www.google.ru/search?hl=ru&tbo=p&tbm=bks&q=inauthor:%22%D0%9F%D0%BE%D0%B4+%D1%80%D0%B5%D0%B4.+%D0%90.%D0%98.+%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BF%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%22) ГЭОТАР-Медиа - С: 792, (страница 577).
32. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В Грибковые инфекции: Руководство для врачей.— М.: Бином, 2008.— 480 с.
33. [Marlon Soares](http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=i&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=ROZA,+MARLON+SOARES) et al. Pityriasis versicolor and AIDS. *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2003, vol.78, n.5, pp.569-577. ISSN 0365-0596.  <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000500006>.
34. Moya-Salazar J, Salazar-Hernández R, Rojas-Zumaran V, Quispe WC. Fungal Infections in HIV-positive Peruvian Patients: Could the Venezuelan Migration Cause a Health Warning Related-infectious Diseases?. J Infectiology. 2019; 2(2): 3-10
35. Asawanonda P, Taylor CR. Wood’s light in dermatology. Int J Dermatol. 1999;38(11):801–7.
36. [David Ponka](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ponka%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22972730), MD CM CCFP(EM) FCFP Wood lamp examination // Can Fam Physician. 2012 Sep; 58(9): 976.
37. F. Keddie Clinical Signs in Tinea Versicolor[, MD](https://jamanetwork.com/searchresults?author=FRANCES+KEDDIE&q=FRANCES+KEDDIE" \t "_blank) Arch Dermatol. 1963;87(5):641-642. doi:10.1001/archderm.

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Тлиш Марина Моссовна – доктор медицинских наук, доцент, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Ласеев Денис Иванович – кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Моррисон Анна Витальевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Слесаренко Наталия Александровна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Еремина Мария Геннадьевна – кандидат медицинских наук, доцент, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
7. Сидоренко Ольга Анатольевна – доктор медицинских наук, доцент, , член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
8. Степанова Ольга Викторовна – врач-дерматовенеролог, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи;

2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

**Таблица 1.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

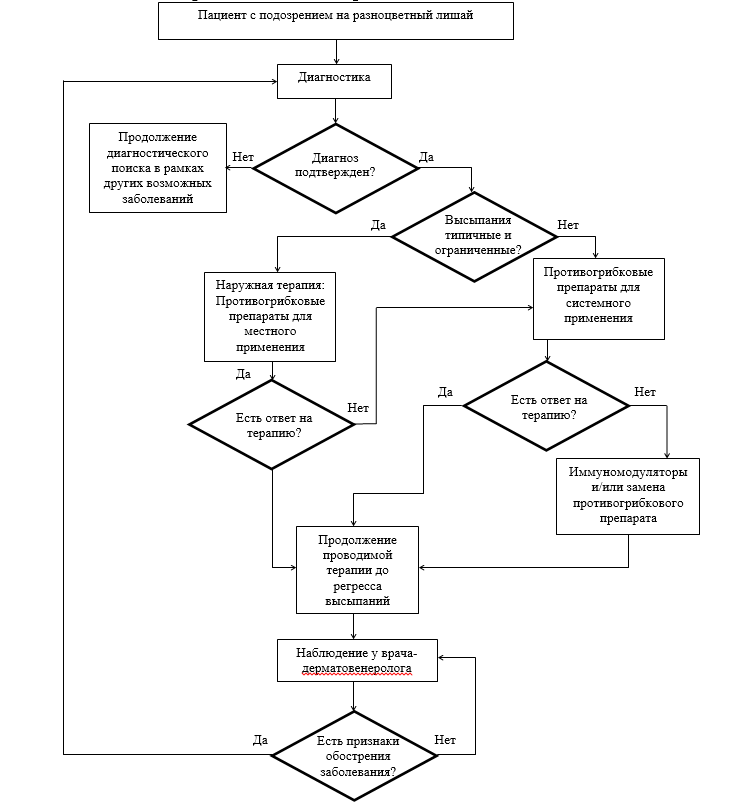
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года,а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Восстановление нормального внешнего вида кожи, несмотря на успешное лечение, может потребовать нескольких месяцев, особенно в случае наличия гипо(гипер)пигментированных участков.

Следует также проводить обследование и лечение членам семьи, если у них выявлено заболевание.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применяются.