

# Розовый лишай

В.П.Адаскевич

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

## Определение

Розовый лишай (pityriasis rosea Gibert, розовый лишай Жибера) – распространенное папулосквамозное, самопроизвольно регрессирующее заболевание преимущественно лиц молодого возраста, которое проявляется в виде вирусной экзантемы, предположительно ассоциированной с реактивацией герпес-вируса человека типа 7 или иногда 6, и начинается с характерных высыпаний в форме медальона (материнской бляшки), распространяющихся затем вдоль кожных линий на туловище (рис. 1–6).

### Историческая справка

В 1860 г. французский врач Camille-Melchior Gibert (1797–1866) первым описал розовый лишай как высыпания в виде «мелких, розовых, отрубевидных чешуек». Кольцевидный вариант розового лишая был впервые описан в 1862 г. другим французским дерматологом Pierre-Antoine-Ernest Bazin. Под разными наименованиями это заболевание и раньше встречалось в медицинской литературе. Но самое раннее упоминание о «roseola annulata» имеется у английского дерматолога Robert Willan (1757–1812), который в 1798 г. дал определение розовому лишаю как дерматозу в форме неэритематозных бляшек с неправильными очертаниями и слабо выраженными тонкими чешуйками, которые все время формируются, отделяясь друг от друга, но никогда не развиваются в корки. Материнская бляшка была впервые описана в 1887 г. французским дерматологом Louis-Anne-Jean Brocq.

## Эпидемиология

Заболевание распространено во всем мире и составляет примерно 2% от всех пациентов на дерматологическом приеме. Розовый лишай встречается в разные периоды жизни, однако чаще всего наблюдается в возрасте 10–35 лет. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу между 20 и 29 годами. Оба пола болеют практически в одинаковой степени, хотя иногда отмечается небольшое преобладание женщин. Высыпания обычно проявляются в холодное время года.

## Этиология и патофизиология

Розовый лишай нередко считается вирусной экзантемой. Клиническая картина заболевания в принципе подтверждает эту концепцию. Розовый лишай ассоциируется с инфекцией верхних дыхательных путей, отмечаются случаи заболевания у нескольких членов семьи и близко контактирующих лиц. Частота дерматоза возрастает при иммунной недостаточности. Как и вирусные экзантемы, заболевание чаще наблюдается осенью и весной. Перенесенное заболевание, как правило, приводит к пожизненному иммунитету.

Иммунологические данные также подтверждают вирусную этиологию. В коже больных отмечается повышенное количество Т-клеток CD4 и клеток Лангерганса, что, вероятно, указывает на презентацию и процессинг вирусных антигенов. Кроме того, у пациентов с розовым лишаем были обнаружены антитела к имму-

ноглобулину М, что может быть связано с экзантемной фазой предполагаемой вирусной инфекции. Но, несмотря на эти тенденции, ни один из вирусов не был установлен в качестве причины заболевания, хотя на предположительную связь с розовым лишаем исследовали целый ряд вирусов. У пациентов с розовым лишаем не установлена связь заболевания с пикорновирусами, вирусом Эпштейна–Барр, цитомегаловирусом, вирусами герпеса человека типов 8, 1 и 2. В то же время в очагах и плазме крови больных была выявлена ДНК вируса герпеса человека типа 7, а также типа 6. Однако при электронной микроскопии частицы вируса не наблюдались, а поскольку вирус герпеса человека 7 часто обнаруживают у здоровых лиц, его этиологическая роль подвергается сомнению.

В редких случаях розовый лишай наблюдается как результат реакции на лекарства. К лекарствам, которые, согласно документальным данным, вызывают высыпания, похожие на розовый лишай, относятся барбитураты, ацетилсалициловая кислота, каптоприл, метронидазол, клонидин, изотретиноин, пеницилламин, левамизол, кетотифен, препараты висмута, интерферон.

Некоторые вакцины, в частности БЦЖ (Bacillus Calmette–Guérin), дифтерийная вакцина и вакцина против гепатита В, также могут вызывать похожие на розовый лишай высыпания.

## Клиническая картина

При сборе анамнеза обращают внимание на наличие подобных высыпаний у контактирующих с больным лиц. Однако такие случаи отмечаются редко, поскольку данный дерматоз представляет собой малоконтагиозное заболевание. Обязательно расспрашивают пациента о принимаемых медикаментах, поскольку некоторые лекарства вызывают похожую экзантему.

Примерно в 20–50% случаев высыпанием розового лишая предшествует вирусоподобное заболевание с симптомами со стороны верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

В типичных случаях заболевание начинается с одиночного пятна розовато-красного (лососевого) цвета, которое называют материнской бляшкой. Через несколько дней первоначальный очаг увеличивается до пятнистой бляшки с воротничком мелких чешуек внутри четко выраженной границы очага. В течение последующих 1–2 нед обычно развивается генерализованная экзантема, хотя этот период может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев. Эта вторая фаза заболевания характеризуется наличием двусторонних симметричных пятен с воротничковым шелушением, продольные оси которых направлены вдоль кожных линий. Высыпания обычно разрешаются в течение следующих 6 нед, но этот период может составлять от 4 до 12 нед. У 75% пациентов наблюдается легкий или умеренный зуд. Некоторые пациенты предъявляют жалобы на слабость, головную боль, потерю аппетита, тошноту, боли в суставах, повышенную температуру.

## Материнская бляшка

Первичный очаг розового лишая, или материнская бляшка, обычно представляет собой пятно диамет-

ром 2–10 см с мелким воротничковым шелушением, которое в типичных случаях располагается на шее или на туловище. Материнская бляшка наблюдается более чем у 50% пациентов и может быть двойной или множественной, а также иметь другую локализацию. Бляшки имеют четкие очертания и округлую форму, напоминающую медальон. Цвет бляшки может иметь разные оттенки: лососево-красный, светло-красный, темно-красный, розовый, желтовато-бурый. Первичный элемент чаще всего представлен в виде пятна с воротничковым шелушением, однако наблюдаются высыпания в виде папулы, пустулы, везикулы, волдыря. Отсутствие материнской бляшки не исключает диагноз розового лишая.

Примерно через 1–2 нед после материнской бляшки появляются вторичные высыпания. Они представлены пятнами лососевого цвета или бляшками диаметром 0,5–1,5 см с воротничковым шелушением, поверхность которых напоминает папиросную бумагу. Высыпания локализуются на туловище и совпадают с направлением кожных линий Блашко, создавая характерную картину «рождественской елки». Но это лишь один из трех возможных типов распределения высыпаний при розовом лишае. Первый тип включает V-образное расположение элементов сыпи на

верхней части спины и грудной клетки, второй – круговое расположение в области плечевого и тазового пояса, третий тип – поперечное расположение в области поясницы. Механизм распределения экзантем при розовом лишае до сих пор не выяснен. Вторичные высыпания похожи на материнскую бляшку, но меньших размеров и состоят из светло-розовых или желтовато-коричневых центральных бляшек с мелкими чешуйками, окруженных шелушащейся границей более темного цвета, которая и называется воротничковым шелушением. В типичных случаях эти высыпания наблюдаются на грудной клетке, спине, животе и проксимальных конечностях. Лицо, кисти и стопы у взрослых обычно не поражаются. Однако очаги могут быть в любой локализации, в том числе и на ладонях. Высыпания при розовом лишае иногда ограничиваются загоревшей кожей или, парадоксально, не появляются на открытых солнцу участках.

У 20% пациентов наблюдаются атипичные варианты розового лишая. Атипичность может проявляться как в форме очагов, так и в их локализации. Различают локализованный, инверсный и односторонний розовый лишай. Локализованный вариант ограничен нижней частью живота, областью груди, шеи, подмышечных впадин, волосистой части головы или пахо-

**Таблица 1. Дифференциальная диагностика розового лишая с папулосквамозными дерматозами**

Дерматозы	Элементы	Признаки	Локализация	Методы диагностики	Течение
Вторичный сифилис	Пятна розовые и бледно-розовые (сифилитическая розеола); обильные	Нет субъективных явлений, пятна не шелушатся, не возвышаются над кожей	Туловище, конечности	Серологические	Волнообразное, стадийное
Каплевидный псориаз	Папулы каплевидные, розового, лососевого цвета	Начинается после ангины	Туловище	Клинические	Внезапное начало, спонтанно разрешается, иногда хроническое течение
Красный плоский лишай	Папулы красного, фиолетового цвета, полигональные очертания, пупковидное вдавление в центре	Изоморфная реакция Кебнера, сетка Уикхема, зуд кожи	Кожа (внутренняя поверхность предплечий), слизистые оболочки, ногти	Клинические, гистологические	Элементы разрешаются в течение 6–18 мес
Нуммулярная экзема	Монетовидные высыпания в виде бляшек	Резкая граница очагов, асимметричное расположение	Нижние конечности, туловище	Клинические, гистологические	Хроническое, рецидивирующее
Парапсориаз мелкобляшечный	Пятна красновато-желтые с пситриазиформным шелушением, многочисленные	Овальная, округлая или пальцевидная форма бляшек, располагающихся в виде полос	Туловище (боковая поверхность)	Гистологический	Непрерывно-рецидивирующее
Себорейный дерматит	Бляшки, папулы и пятна красного, желтоватого цвета, чешуйки, корочки	Воспалительные, инфильтрированные очаги с неправильными очертаниями; зуд, жжение	Себорейные участки (волосистая часть головы, лицо, область грудины; межлопаточная область, крупные складки)	Клинический, микроскопия	Хроническое, рецидивирующее
Дерматофития гладкой кожи	Пятна, папулы, бляшки с шелушением с приподнятым краем	Зуд беспокоит редко; округлые, кольцевидные или глубокие воспалительные очаги	Туловище, конечности	Микроскопия, культуральный	Хроническое
Отрубевидный лишай	Пятна разноцветные (желтые, кирпичные, красные)	Невоспалительные пятна, сливаются, шелушатся	Грудь, спина, верхний плечевой пояс, шея	Проба Бальзера, люминесцентная лампа Вуда, микроскопия	Хроническое, рецидивирующее

вой областью. Высыпания также бывают сконцентрированы на ладонях и подошвах. Первичная бляшка может быть единственным проявлением заболевания. Инверсный розовый лишай, при котором очаги сконцентрированы на лице и дистальных конечностях с минимальным поражением туловища, является самым необычным из всех вариантов. Он чаще встречается у детей, особенно с папулезной формой розового лишая. В тяжелых случаях эта форма может сопровождаться лихорадкой, недомоганием, анорексией и лимфаденопатией, в основном передних шейных узлов. При редком одностороннем варианте высыпания не пересекают среднюю линию тела.

Морфология атипичных форм розового лишая может быть представлена везикулезным, пурпурозным или геморрагическим, уртикарным, пустулезным, мишеневидным, фолликулярным, псориазиформным, экземоподобным вариантами. Розовый лишай с огромными бляшками известен как гигантский розовый лишай Дарье. Если эти крупные бляшки сливаются, заболевание называется кольцевидным маргинальным лишаем Видаля. Другим экстремальным вариантом заболевания являются очень маленькие очаги папулезного розового лишая. Папулезная форма чаще встречается у детей грудного возраста и беременных женщин. Везикулезный розовый лишай наблюдается у детей и молодых людей и может имитировать инфекцию ветряной оспы. К настоящему времени сообщалось о 10 случаях пурпурозного лишая, поражающего в равной степени детей и взрослых. Течение заболевания не отличается от типичного розового лишая, наблюдается также типичная гистологическая картина в виде очагового паракератоза, спонгиоза и поверхностного лимфоцитарного периваскулярного инфильтрата. Отличает этот вариант экстравазация эритроцитов в сосочковый слой дермы без наличия васкулита. В случае диссеминации возможны поствоспалительные гипо- или гиперпигментация, особенно у людей с выраженной пигментацией кожи. Уртикарный розовый лишай встречается редко и напоминает острую крапивницу. Ирритантный розовый лишай представляет собой вариант атипичной локализации (запястья и стопы) морфологически типичных пятен, которые со временем подвергаются дерматологическим изменениям вследствие избыточного раздражения или потения. Эти поздние

стадии развития могут имитировать каплевидный псориаз и представляют собой диагностическую загадку. Индуцированный лекарствами розовый лишай часто наблюдается без материнской бляшки и обычно протекает более длительно. Исключительно редким вариантом розового лишая является эритродермический с поражением свыше 90% кожных покровов, который наблюдался нами у пациента в результате нерациональной местной терапии и применения раздражающих кожу предметов.

Поражение полости рта встречается примерно у 10% пациентов и может отмечаться в виде точечных геморрагий, язв, папуловезикул, пузырей или эритематозных бляшек. Высыпания в полости рта обычно бессимптомные и протекают так же, как и поражения кожи. Они чаще встречаются у детей и пациентов с диссеминированным розовым лишаем.

### Лабораторные исследования

Розовый лишай – это клинический диагноз. Отсутствуют лабораторные тесты, которые помогали бы в диагностике. Следует отметить, что вторичный сифилис иногда трудно отличить от розового лишая по клиническим данным. Поэтому, если предполагается диагноз розового лишая, большое значение имеет анамнез сексуальных контактов. Пациентам с наличием в анамнезе болезней, передаваемых половым путем, или рискованным сексуальным поведением проводится серологический тест на сифилис.

### Гистологическая картина

Биопсия помогает подтвердить диагноз розового лишая. Типичная картина представляет собой поверхностный периваскулярный инфильтрат. В эпидермисе отмечается легкая гиперплазия, очаговый спонгиоз, очаговый паракератоз. В дерме наблюдается периваскулярный и поверхностный лимфоцитарный инфильтрат, отек сосочкового слоя, очаговая экстравазация эритроцитов (особенно выражена при пурпурозной форме). Материнская бляшка имеет такие же особенности, но инфильтрат более глубокий, а акантоз более выражен вследствие хронизации процесса. Гистологическая картина может не отличаться от гистологии кольцевидной центробежной эритемы, каплевидного псориаза, мелкобляшечного парapsoriasis.

**Таблица 2. Диагностические критерии розового лишая**

Главные клинические признаки	1. Отдельные, не сливающиеся, округлые, овальные высыпания 2. Шелушение большинства очагов высыпаний 3. Воротничковое шелушение по периферии с разрешением в центре, как минимум в двух очагах
Дополнительные клинические признаки	1. Локализация высыпаний на туловище и проксимальных конечностях и менее 10% поражений на дистальных участках конечностей 2. Расположение большинства очагов вдоль ребер (по типу «рождественской елки») 3. Материнская бляшка (необязательно большая), появляющаяся как минимум за два дня до генерализации высыпаний
Клинические признаки исключения	1. Множественные, мелкие везикулы в центре двух или более очагов 2. Большинство очагов расположено на коже ладоней или подошв 3. Клинические или серологические признаки вторичного сифилиса

**Таблица 3. Оценка тяжести розового лишая**

Признаки/баллы	0	1	2	3
Количество очагов поражения (КОП)	Нет	1–9	10–19	>20
Эритема (Э)	Нет	Слабая	Умеренная	Тяжелая
Инфильтрация (И)	Нет	Слабая	Умеренная	Тяжелая
Шелушение (Ш)	Нет	Слабое	Умеренное	Тяжелое



Рис. 1. Материнская бляшка (розовый лишай).



Рис. 2. Вторичные очаги розового лишая, расположенные в нижней части живота.



Рис.3. Псориазиформный розовый лишай.



Рис. 4. Эритродермический розовый лишай.



Рис. 5. Ирритантный розовый лишай.



Рис. 6. Расположение высыпаний розового лишая по линиям Блашко у темнокожего пациента.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика розового лишая проводится с вторичным сифилисом, каплевидным псориазом, красным плоским лишаем, нуммулярной экземой, параспориозом, себорейным дерматитом, дерматофитией гладкой кожи, отрубевидным лишаем (табл. 1).

### Диагностические критерии

Диагностические критерии для постановки диагноза были предложены в 2003 г. A.Chuh. Гистопатологические признаки не включены в критерии, поскольку они не специфичны для розового лишая (табл. 2).

Для постановки диагноза необходимо наличие трех главных и как минимум одного дополнительного клинического признака, а также отсутствие клинических признаков исключения.

Предложена балльная оценка тяжести розового лишая (V.Leenutaphong, S.Jiamton, 1995), которая включает количество очагов поражения, а также 4-балльную систему признаков (эритема, инфильтрация, шелушение) на туловище и голове и верхних и нижних конечностях; табл. 3.

*Индекс тяжести розового лишая (ИТРЛ) высчитывается по формуле:*

$$\text{ИТРЛ} = \text{КОПтг} \times (\text{Этг} + \text{Итг} + \text{Штг}) + \text{КОПк} \times (\text{Эк} + \text{Ик} + \text{Шк}),$$

где КОПтг – количество очагов поражения на туловище и голове; Этг, Итг, Штг – эритема, инфильтрация, шелушение на туловище и голове; КОПк – количество очагов поражения на конечностях (нижних и верхних); Эк, Ик, Шк – эритема, инфильтрация, шелушение на верхних и нижних конечностях.

### Лечение

Существенная часть лечения в случае розового лишая – успокоить пациента и объяснить, что высыпания со временем разрешаются. Целью фармакотерапии являются уменьшение тяжести заболевания и профилактика осложнений.

Для облегчения зуда назначают местные стероиды средней силы действия и системные антигистамин-

ные препараты, местные ментолово-феноловые лосьоны и ванны с овсом. Системные стероиды не рекомендуются. Хотя они подавляют зуд, сокращение общего времени течения заболевания при этом не наблюдается, фактически они могут удлинить или обострить заболевание.

Для пациентов с гриппоподобными симптомами рекомендуется прием ацикловира внутрь по 800 мг 5 раз в сутки в течение 1 нед. Однако последние исследования указывают на эффективность более низких доз ацикловира: по 400 мг 5 раз в день (2 г/сут в течение 1 нед). При низких дозах ацикловира отмечается меньше побочных эффектов. Имеются сообщения об эффективности применения валацикловира при розовом лишае.

В торпидных случаях быстрое облегчение зуда дает применение фототерапии посредством ультрафиолетового излучения в диапазоне Б (УФБ), которое начинают с 80% от эритемной дозы. Если зуд не поддается контролю, дозу УФБ-облучения повышают на 20%, пока симптомы не уменьшатся. Недавнее исследование, однако, не показало улучшения зуда, зато выявило уменьшение тяжести очагов при проведении УФБ-терапии. При проведении фототерапии следует также учесть возможность поствоспалительной пигментации.

При терапии везикулезного розового лишая сообщалось о значительном улучшении при применении 50 мг дапсона 2 раза в день.

### Прогноз и течение

Прогноз для розового лишая хороший. Пациенты могут возвратиться к работе или учебе, поскольку они не считаются заразными. В большинстве случаев заболевание разрешается в течение максимум 12 нед и рецидивов не наблюдается. Рецидивы отмечаются в исключительно редких случаях. Если заболевание персистирует свыше 12 нед и имеются сомнения в диагнозе, необходимы дальнейшие исследования. Если заболевание продолжается более 3 мес, оно классифицируется как хронический лихеноидный параспориоз. Основной проблемой для пациента являются пигментные изменения после разрешения очагов розового лишая.

## Список использованной литературы

1. Amer A, Fischer H, Li X. The natural history of pityriasisrosea in black American children: how correct is the «classic» description? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (5): 503–6.
2. Arndt KA, Paul BS, Stern RS, Parrish JA. Treatment of pityriasisrosea with UV radiation. *Arch Dermatol* 1983; 119 (5): 381–2.
3. Ackerman AB. Pityriasisrosea. *Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Disease: A Method by Pattern Analysis*. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger 1978.
4. Bjornberg A, Hellgren L. Pityriasisrosea. A statistical, clinical, and laboratory investigation of 826 patients and matched healthy controls. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1962; 42 (Suppl. 50): 1–68.
5. Bjornberg A, Tegner E. Pityriasisrosea. In: *IFreedberg, AEisen, K.Wolff et al, eds. Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill 1999: p. 541–6.
6. Broccolo F, Drago F, Careddu AM et al. Additional evidence that pityriasisrosea is associated with reactivation of human herpesvirus-6 and -7. *J Invest Dermatol* 2005; 124 (6): 1234–40.
7. Cbuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasisrosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7 (1): 80–9.
8. Chub AA, Chan PK, Lee A. The detection of human herpesvirus-8 DNA in plasma and peripheral blood mononuclear cells in adult patients with pityriasisrosea by polymerase chain reaction. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20 (6): 667–71.
9. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasisrosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61 (2): 303–18.
10. Drago F, Broccolo F, Zaccaria E et al. Pregnancy outcome in patients with pityriasisrosea. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58 (5 Suppl. 1): S78–83.
11. Drago F, Ranieri E, Malaguti F et al. Human herpesvirus 7 in patients with pityriasisrosea. *Electron microscopy investigations and polymerase chain reaction in mononuclear cells, plasma and skin*. *Dermatology* 1997; 195 (4): 374–8.
12. Drago F, Vecchio F, Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasisrosea. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (1): 82–5.
13. Leenutaphong V, Jiamton S. UVB phototherapy for pityriasisrosea: a bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33 (6): 996–9.
14. Miljkovic J, Bercic M, Belic M. Pityriasisrosea with unusual papulovesicular presentation. *Acta Derm Venereol* 1996; 5: 61–3.
15. Parsons JM. Pityriasisrosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15 (2 Pt 1): 159–67.
16. Rasi A, Tajziebchi L, Savabi-Nasab S. Oral erythromycin is ineffective in the treatment of pityriasisrosea. *J Drugs Dermatol* 2008; 7 (1): 35–8.
17. Sezer E, Saracoglu ZN, Urer SM et al. Purpuric pityriasisrosea. *Int J Dermatol* 2003; 42 (2): 138–40.
18. Toussant S, Kareino H. Pityriasisrosea. In: *DElder, RElenitsas, CJaworsky et al, eds. Lever's Histopathology of the Skin*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven 1997: 164–5.