Розовый лишай

Дифференциальная диагностика

«Дифференциальная диагностика кожных болезней»
Руководство для врачей
под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина

Розовый лишай

Розовый лишай (pityriasis rosea Gibert) — эритематозно-сквамозный дерматоз. Наблюдается чаще в весенне-осеннее время, преимущественно у женщин среднего возраста, редко у детей. Этиология и патогенез заболевания не выяснены. Многие дерматологи высказывают предположение об инфекционной природе розового лишая, основываясь на следующих наблюдениях. Заболевание начинается с появления первичной материнской бляшки. Через 7—10 дней возникают распространенные высыпания. Розовый лишай иногда развивается после ангины, гриппа, острого респираторного заболевания и сопровождается легким нарушением общего состояния больного. После заболевания остается иммунитет. Болеют иногда несколько членов семьи. Отмечается цикличность течения.

Клиническая картина розового лишая в большинстве случаев характерна. В начале заболевания на коже груди или спины появляется пятно розово-красного цвета овальной формы; в центре пятна отмечается легкое шелушение и поверхность его как бы ат-рофична (материнская бляшка). Затем на туловище и конечностях, особенно в области подкрыльцовых впадин и пахово-бед-ренных складок, возникают пятнистые или пятнисто-папулезные, а иногда пятнисто-уртикарные элементы. Они располагаются симметрично на коже туловища и конечностей по линиям Лангера. Кожа лица, волосистой части головы, кистей и стоп обычно не поражается.

Пятнисто-папулезные элементы бледно-розовой окраски, несколько вытянутой формы (от 0, 5X1 до 1X2 см или несколько больше), имеют резкие границы. В центре элементов окраска менее интенсивная, по периферии — более яркая красная кайма. Поверхность высыпаний покрыта мелкими ртрубевидными чешуйками. В отдельных случаях происходит слияние этих высыпаний, особенно при наличии обильной мыпи. Материнские бляшки не всегда предшествуют распространению сыпи, нередко они уже регрессируют к моменту обращения больного к врачу. Высыпания постепенно бледнеют, чешуйки отпадают, после чего остаются пигментные пятна, в дальнейшем исчезающие бесследно. Зуд наблюдается лишь при нерациональном лечении. Слизистые оболочки поражаются крайне редко. Заболевание продолжается 6-8 нед. Рецидивы, как правило, не возникают. Наблюдаются атипичные формы розового лишая: уртикарная, везикулезная,

папулезная. Редкой разновидностью является цирцинарный окаймленный лишай Видаля (pityriasis circinata et marginata Vidiai). При этой форме розового лишая возникают высыпания значительно большей величины (до 8 см в диаметре). Они розовато-красного цвета, со слабо выраженным шелушением, могут появляться самостоятельно или вместе с типичными высыпаниями розового лишая.

Гистологически в эпидермисе обнаруживают акантоз и пара-кератоз, межклеточный и внутриклеточный отек, иногда небольшие пузырьки и микроабсцессы, напоминающие псориатические. В сосочковом слое кожи отмечаются расширение сосудов и околососудистая лимфоидная инфильтрация.

Дифференциальная диагностика. Заболевание необходимо дифференцировать от себорейной экземы, псориаза, сифилиса, трихофитии, парапсориаза, кольцевидной центробежной эритемы Дарье.

От **себорейной экземы** розовый лишай отличается наличием материнской бляшки, расположением высыпаний на местах, нетипичных для себорейной экземы (не поражаются лицо и волосистая часть головы). При себорейной экземе не наблюдается характерного для розового лишая расположения элементов по линиям Лангера. Шелушение при розовом лишае мелкоотрубевид-ное, при себорейной экземе чешуйки сальные.

От псориаза розовый лишай отличается наличием материнской бляшки, в основном пятнистым, а не папулезным характером элементов, не возникающих обычно на волосистой части головы, лице, кистях и стопах, сравнительно быстрым регрессом этих высыпаний, отсутствием типичных псориатических феноменов (псориатическая триада). Однако следует иметь в виду, что затруднения в диагностике чаще возникают в начальной стадии заболевания, когда псориатические элементы имеют вид пятен без заметного инфильтрата.

Иногда розовый лишай имеет большое сходство с **каплевидным** парапсориазом. Однако наличие папулезных элементов одинаковой величины, шелушение в виде облатки, наличие симптомов (скрытое шелушение облатка и точечные геморрагии), характерных для каплевидного парапсориаза, и отсутствие их при розовом лишае позволяют установить правильный диагноз.

От бляшечного парапсориаза хроническая форма розового лишая — цирцинарный окаймленный лишай Видаля — отличается более ярким цветом элементов сыпи. При парапсориазе цвет бляшек различный, но, как правило, более темный, шелушение незначительное.

Розовый лишай в отличие от сифилитической розеолы характеризуется более яркой окраской высыпаний, их неодинаковой величиной и наличием шелушения, в то время как шелушащаяся сифилитическая розеола встречается крайне редко.

От папулезного сифилида розовый лишай отличается отсутст-ствием плотного инфильтрата в основании папулезных элементов, характерного для сифилитических папул, более яркой окраской элементов. Папулезные сифилиды имеют медно-красный цвет, высыпания при розовом лишае — розовато-красные. Для сифилитических папул характерно шелушение в виде воротничка Биетта, в то время как высыпания при розовом лишае покрыты единичными отрубевидными чешуйками.

В отдельных случаях розовый лишай необходимо дифференцировать от **поверхностной трихофитии,** особенно при наличии у больного материнской бляшки и отсутствии других элементов сыпи, однако более выраженное острое воспаление, розовый оттенок бляшки, отсутствие резких границ элемента, что характерно для трихофитии, позволяют установить правильный диагноз, который подтверждается также отсутствием элементов гриба при лабораторном исследовании. При атипичных формах розового лишая следует искать отдельные типичные элементы и остатки материнской бляшки.