|  |  |
| --- | --- |
| Клинические рекомендации | |
| **Розовый лишай Жибера** | |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **L42** |
| возрастная группа: | Взрослые |
| Год утверждения: |  |
| Разработчик клинической рекомендации | |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» | |

Оглавление

[Оглавление 2](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566723)

[Термины и определения 5](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566724)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566728)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566730)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566731)

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 7](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566732)

[2.1 Жалобы и анамнез 7](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566733)

[2.2 Физикальное обследование 7](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566734)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 8](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566735)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 8](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566736)

[2.5 Иные диагностические исследования 8](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566738)

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 8](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566739)

[3.1 Консервативное лечение 8](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566740)

[3.2 Хирургическое лечение 10](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566741)

[3.3 Иное лечение 10](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566742)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 10](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566743)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 11](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566744)

[6. Организация медицинской помощи 11](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566745)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 11](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566746)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 11](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566747)

[Список литературы 12](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566748)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 13](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566749)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 14](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566750)

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 16](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566751)

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача 17](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566759)

[Приложение В. Информация для пациента 18](file:///C:\Users\Ekaterina\Documents\Клин%20реки%202020\ЖИБЕР%2030%2001%2020.doc#_Toc22566760)

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

УФ – ультрафиолет

Термины и определения

**Розовый лишай Жибера** (питириаз розовый, болезнь Жибера, розеола шелушащаяся, pityriasis rosea) – острый воспалительный самостоятельно разрешающийся дерматоз, для которого характерны типичные овальные или монетовидные пятнисто-папулезные и эритематозно-сквамозные очаги, первично располагающиеся на туловище и проксимальной поверхности конечностей.

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

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

**Розовый лишай Жибера** (питириаз розовый, болезнь Жибера, розеола шелушащаяся, pityriasis rosea) – острый воспалительный самостоятельно разрешающийся дерматоз, для которого характерны типичные овальные или монетовидные пятнисто-папулезные и эритематозно-сквамозные очаги, первично располагающиеся на туловище и проксимальной поверхности конечностей.

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

Причина заболевания неизвестна. Общепризнанной является гипотеза инфекционного, в первую очередь вирусного происхождения, однако этиологический агент до настоящего времени не выявлен. Косвенными свидетельствами инфекционной природы заболевания являются его сезонные колебания, наличие продромальных симптомов у некоторых больных, а также цикличность течения и развитие иммунитета [1,2].

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

Поражаются преимущественно подростки и молодые люди; пожилые и дети младшего возраста болеют редко. Заболевание чаще развивается весной и осенью. К дерматологу с этим заболеванием обращаются 1-2% пациентов. Обычно бывает один эпизод заболевания, два и более встречаются редко. Хотя болезнь не является высокозаразной, заболеваемость выше в тесно контактирующих группах (семьи, военнослужащие и т.п.) [3].

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

L42 – Питириаз розовый [Жибера]

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Отсутствует.

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

В 80% случаев сначала появляется яркая, овальная, слегка приподнятая над уровнем кожи эритематозно-сквамозная бляшка с эксцентричным ростом, диаметром 2-5 см, обычно на туловище с незначительным шелушением в центре. Такой элемент называют «материнской» бляшкой. Иногда «материнская бляшка» отсутствует или имеются несколько «материнских бляшек». Через 1-2 недели появляются множественные отечные, розоватого цвета пятна диаметром до 1-2 см овальных очертаний, расположенные симметрично своей длинной осью вдоль линий Лангера. Центр их нежно-складчатый, буровато-желтый, с незначительным шелушением. Шелушение более характерно на границе центральной и периферической зон в виде характерного «воротничка». Такие патогномоничные для розового лишая элементы принято сравнивать с медальонами. Высыпания появляются не одновременно, а вспышками, что обусловливает эволюционный полиморфизм. Элементы начинают разрешаться с центральной части, которая бледнеет и освобождается от роговых чешуек, пигментируется. Постепенно исчезает венчик эритемы, оставляя незначительно выраженную гиперпигментацию.

Могут наблюдаться также атипичные формы розового лишая: уртикарная, папулезная, везикулезная, возникающие из-за раздражения кожи при трении, потливости, нерациональной наружной терапии. Однако и в этих случаях высыпания располагаются вдоль линий Лангера. Заболевание, как правило, не рецидивирует. Спонтанное выздоровление обычно происходит на 4-5 неделе. В ряде случаев встречается гипо- или гиперпигментация, которая чаще появляется или становится более выраженной под воздействием солнца или УФ-Б - терапии.

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

***Критерии установления диагноза/состояния:*** *диагноз розового лишая Жибера устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.*

## 2.1 Жалобы и анамнез

Пациенты жалуются на наличие высыпаний. Общее состояние больных обычно не нарушается. Как правило, зуда не бывает. Легкий зуд обычно вызывается избыточным раздражением кожи физическими факторами (механическими, термическими, лучевыми), лечением антисептиками или противогрибковыми средствами.

Нередко прослеживается связь дебюта заболевания с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждением, предшествующим нарушением общего состояния.

## 2.2 Физикальное обследование

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента. См. раздел «Клиническая картина».

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендуются** серологические исследования для исключения сифилиса [4].

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

* **Рекомендуется** микроскопическое исследование соскоба с кожи для исключения микоза [4].

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

* **Рекомендуется** патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения пациентам при затруднении диагностики [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:**Морфологические изменения при розовом лишае Жибера характеризуются диффузным или очаговым паракератозом, отсутствием зернистого слоя, незначительным акантозом, очаговым спонгиозом, образованием везуикул и дискератозом. В дерме могут наблюдаться отек, гомогенные коллагенговые волокна, периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов.

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

## 2.5 Иные диагностические исследования

Не требуются.

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

## 3.1 Консервативное лечение

* При распространенном поражении кожи, сопровождающемся выраженным зудом, **рекомендуются** для наружной терапии топические глюкокортикостероидные препараты [3,6-9]:

гидрокортизона бутират крем, мазь 0,1% 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [10]. . **Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

или

алклометазона дипропионат крем, мазь 0,05% 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [11].

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

или

метилпреднизолона ацепонат\*\* крем, мазь 0,1% 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [11].

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

или

мометазона фуроат\*\* крем, мазь 0,1% 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [11].

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

* Для купирования зуда **рекомендуются** антигистаминные препараты [3,5-7]:

цетиризина гидрохлорид взрослым - суточная доза 10 мг перорально, взрослым - в 1 прием в течение 7-10 дней [11].

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

или

лоратадин\*\* взрослым - 10 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7-10 дней[10].

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

или

хлоропирамин\*\* взрослым – 25 мг перорально 3-4 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

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

или

клемастин - взрослым – 1 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].  
**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

* При осложненных формах заболевания **рекомендуются** системные глюкокортикостероидные препараты:

преднизолон\*\* 15-20 мг в сутки перорально до купирования основной клинической симптоматики [11].

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

**Комментарии:**Обычно самопроизвольное выздоровление наступает через 4-5 недель от начала заболевания. Неосложненное течение розового лишая лечения не требует. Больным рекомендуется ограничить прием водных процедур, пользование мочалкой, растирание жестким полотенцем. Важно не вызывать раздражения кожи обильным потоотделением, не пропускающей воздуха одеждой из шерсти или синтетики. При генерализации процесса, выраженном экссудативном характере высыпаний, аллергических проявлениях, экзематизации, наличии зуда показана терапия.

## 3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

## 3.3 Иное лечение

* **Рекомендуется** применение фототерапии:

Ультрафиолетовая средневолновая терапия с длиной волны 280-320 нм 5 раз в неделю в течение 1-2 недель [11].

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств - 1)**

**Комментарии:** При этом виде терапии возможно появление поствоспалительной гиперпигментации.

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

Профилактика вирусной и бактериальной инфекции у пациента[11].

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств - 1).**

6. Организация оказания медицинской помощи

Помощь проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация не требуется.

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

| **№** | **Критерии качества** | **Уровень убедительности рекомендаций** | | **Уровень достоверности доказательств** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |
| 1. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикоиды и/или ультрафиолетовая средневолновая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | | B | | 1 |
| 2. | Частичный или полный регресс высыпаний | | B | | 1 |

Список литературы

1. Singh M., Pawar M., Chuh A., Zawar V. Pityriasis rosea: elucidation of environmental factors in modulated autoagressive etiology and dengue virus infection. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2019; 28 (1):15-20.
2. Stulberg D.L.,Wolfrey J. Pityriasis rosea. Am Fam Physician 2004; 69(1):87-91.
3. В.П.Адаскевич . Розовый лишай. Consilium Medicum. Дерматология. (Прил.) 2013; 1: 13-17.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – с. 321.
5. К. Вулф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. – М., «Практика», 2007. – с. 170.
6. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - С. 1244
7. Drago F., Rebora A. Treatments for pityriasis rosea. Skin Therapy Lett2009;14(3):6-7.
8. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Москва, «Медпресс-информ», 2008, С.727.
9. Фицпатрик Т. Дерматология атлас-справочник. - М.: ПРАКТИКА, 1999. – C. 1044 Европейское руководство по лечению дерматологических болезней.
10. ZuurenE.J., FedorowiczZ., ChristensenR., LavrijsenA., ArentsB.W.M. Emollients and moisturisers for eczema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2.
11. Chuh A.A., Dofitas B.L., Comisel G.G. et al. Interventions for pityriasis rosea. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2):CD005068.

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

рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва;
2. Монахов Константин Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Минздрава России;
3. Хобейш Марианна Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Минздрава России.

**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 указанной специальности.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 11. | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 22. | 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 |
| 33. | 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 |
| 44. | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 55. | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ДДД** | **Расшифровка** |
| 11. | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 22. | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 33. | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 44. | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 55. | 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) |

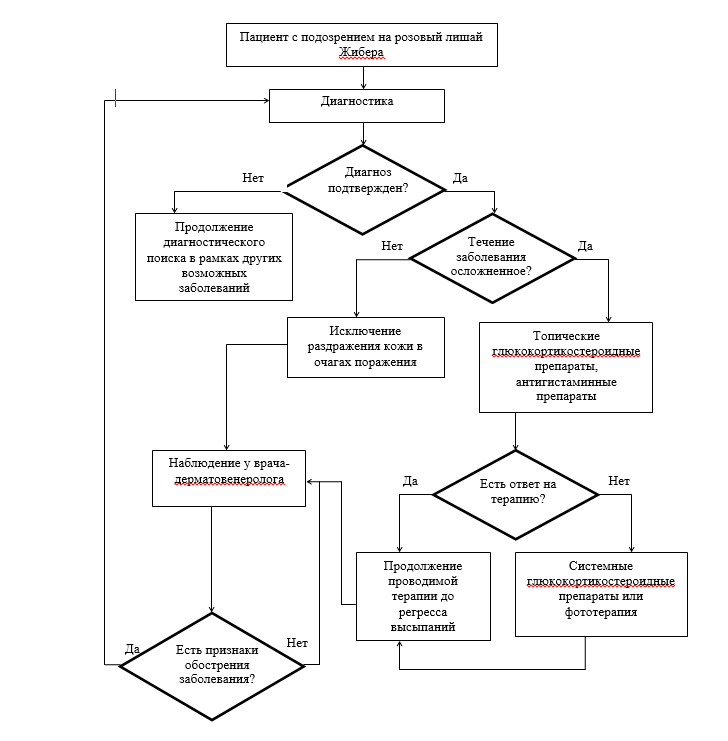
**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

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

Медицинская помощь пациентам с псориазом оказывается врачами-дерматовенерологами в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»».Стандарт медицинской помощи пациентам с псориазом (высокотехнологичная медицинская помощь). Утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2006 № 433 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным псориазом».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

1. Не рекомендуется избыточное раздражение кожи физическими факторами (механическими, термическими, лучевыми), лечение антисептиками или противогрибковыми средствами, так как это может спровоцировать ухудшение течения заболевания и зуд.
2. Заболевание, как правило, не рецидивирует. Спонтанное выздоровление обычно происходит на 4-5 неделе.
3. Целесообразна профилактика вирусной и бактериальной инфекции у пациента с данным дерматозом.