

Утверждено:
Президент
Общероссийской
общественной организации
«Российское общество
дерматовенерологов
и косметологов»

Приказ № 33/2025-КР
от 03.12.2025

А.А. Кубанов



Клинические рекомендации

Розовый лишай Жибера

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **L42**

Возрастная группа: Взрослые

Год утверждения: **2025**

Разработчики клинических рекомендаций:

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 54) от 13.11.2025

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование.....	7
2.3 Лабораторные диагностические исследования	8
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	8
2.5 Иные диагностические исследования	8
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	9
3.1 Консервативное лечение	9
3.2 Хирургическое лечение.....	10
3.3 Иное лечение.....	10
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	10

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	11
6. Организация оказания медицинской помощи.....	11
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	11
Критерии оценки качества медицинской помощи.	11
Список литературы	12
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	14
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	15
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	16
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	187
Приложение В. Информация для пациента	18
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросыники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	18

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 шелушающаяся, 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 врачу-дерматовенерологу 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 обуславливает 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 и дезинфицирующими средствами или противогрибковыми препаратами, применяемыми в дерматологии.

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 (визуальное исследование в дерматологии А01.01.002). См. раздел «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется пациентам с подозрением на розовый лишай Жибера в сложных случаях для дифференциальной диагностики определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови с целью исключения сифилиса [3,16,17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется пациентам с подозрением на розовый лишай Жибера в сложных случаях для дифференциальной диагностики в целях исключения микоза микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы (дрожжевые, плесневые, дерматомицеты) [16,17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется в сложных случаях для дифференциальной диагностики патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи из очага поражения пациентам при затруднении диагностики [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Морфологические изменения при розовом лишае Жибера характеризуются диффузным или очаговым паракератозом, отсутствием зернистого слоя, незначительным акантозом, очаговым спонгиозом, образованием везикул и дискератозом. В дерме могут наблюдаться отек, гомогенные коллагеновые 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

Обычно самопроизвольное выздоровление наступает через 2-12 недель от начала заболевания. Неосложненное течение розового лишая лечения не требует. Больным рекомендуется ограничить прием водных процедур (особенно горячей воды), пользование мочалкой, растирание жестким полотенцем, использование агрессивных поверхностно-активных веществ. Для улучшения состояния кожи возможно использование увлажняющих средств. Важно не вызывать раздражения кожи обильным потоотделением, не пропускающей воздуха одеждой из шерсти или синтетики. При генерализации процесса, выраженному экссудативном характере высыпаний, аллергических проявлениях, экзематизации, наличии зуда показана терапия [13].

3.1 Консервативное лечение

- При распространенном поражении кожи, сопровождающемся выраженным зудом, пациентам с розовым лишаем Жибера **рекомендуются** для наружной терапии кортикоиды, применяемые в дерматологии [3,6-11,18]:

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарий: Предпочтительно использование таких средства как аллометазон крем, мазь 0,05% наружно на пораженные участки кожи, 2–3 раза в сутки 5-7 дней [11, 15,19] или #метилпреднизолона ацепонат крем, мазь 0,1% 2 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 5-7 дней или мометазон** крем, мазь 0,1% 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 7-28 дней [11, 15,19].*

*Предпочтительно использование кортикоидов с низкой активностью (группа I). кортикоидов с умеренной активностью (группа II), таких как гидрокортизон**, аллометазон.*

- Для купирования зуда пациентам с розовым лишаем Жибера **рекомендуются** антигистаминные средства системного действия [3,5-7, 14]:

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарий: Предпочтительно использование таких средств, как цетиризин** 10 мг 1 р/сутки 7-10 дней, лоратадин**, хлоропирамин**, клемастин [10, 11, 12].*

- При неэффективности наружной терапии и сохраняющихся выраженных клинических проявлениях заболевания пациентам с розовым лишаем Жибера **рекомендуются** кортикостероиды системного действия [7,14,18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Системная терапия назначается в редких случаях, обычно используются малые дозы #преднизолона** **внутрь 15-20 мг в сутки** до купирования основной клинической симптоматики[14,19].

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

- **Рекомендуется** пациентам с розовым лишаем Жибера при неэффективности наружной терапии, сохраняющихся выраженных клинических проявлениях заболевания:

Фототерапия кожи.

Ультрафиолетовое облучение кожи. Общая узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия.

Ультрафиолетовое облучение кожи. Локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (средневолновая терапия с длиной волны 280-320 нм) [11, 13, 14,17,18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: При этом виде терапии возможно появление посттравматической гиперпигментации. Назначается курсом по схеме 5 раз в неделю в течение 1-2 недель [19]. Применение этой терапии может снижать тяжесть заболевания, но не уменьшать продолжительность.

Диетотерапия не применяется

Обезболивание не применяется

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применяется.

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

Не разработана

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)

Предупреждение вирусной и бактериальной инфекции у пациента снижает риск развития заболевания.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка
1.	Проведена наружная терапия лекарственными препаратами группы кортикоиды, применяемые в дерматологии при распространенном поражении кожи, сопровождающимся выраженным зудом	Да/нет
	При неэффективности наружной терапии и сохраняющихся выраженных клинических проявлениях заболевания проведена терапия кортикоидами системного действия и/или Фототерапия кожи; Ультрафиолетовое облучение кожи. Общая узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия; Ультрафиолетовое облучение кожи. Локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия	Да/нет
	При зуде проведена терапия антигистаминными средствами системного действия	Да/нет

Список литературы

1. Singh M., Pawar M., Chuh A., Zawar V. Pityriasis rosea: elucidation of environmental factors in modulated autoaggressive 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 Lett* 2009;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. – С. 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.
12. Contreras-Ruiz J, Peternel S, Jiménez Gutiérrez C, Culav-Koscak I, Reveiz L, Silbermann-Reynoso MDL. Interventions for pityriasis rosea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 10.
13. Mahajan K, Relhan V, Relhan AK, Garg VK. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol.* 2016;61(4):375-384.
14. Cash J.C., Glass C.A., Fraser D., Corcoran L., Edwards M. *Canadian Family Practice Guidelines.* – Springer Publishing Company, 2019. – 712 p.
15. Федеральные клинические рекомендации. *Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем.* – 5-е изд., перераб. и до. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
16. Jose M Villalon-Gomez¹—Pityriasis Rosea: Diagnosis and Treatment //Am Fam Physician2018

17. Kathy VanRavenstein, PhD, FNP-BC, and Barbara J. Edlund, PhD, ANP, BC Diagnosis and management of pityriasis rosea//Dermatology Dilemmas Khushbu Mahajan¹, Vineet Relhan Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects //Nurse Pract 2016
18. Katsambas, A. D., Lotti, T. M., Dessinioti, C., & D'Erme, A. M. (Eds.). (2015). European Handbook of Dermatological Treatments. doi:10.1007/978-3-662-45139-7
19. Дерматология по Фицпатрику : в 4 т. Т. I / Fitzpatrick's Dermatology, 2-volume Set, 9th Edition под ред.: С. Кана, М. Амагаи, А. Л. Брукнер [и др.] ; пер. с англ. под ред. проф. Н. Н. Потекаева Издательство ГЭОТАР-Медиа, Типпрактическое руководство, Год2025

<https://medbase.ru/book/ISBN9785970486306.html>

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» 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.
4. Карамова Арфена Эдуардовна - кандидат медицинских наук, доцент, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Плахова Ксения Ильинична - доктор медицинских наук, доцент, 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 указанной специальности.

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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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)

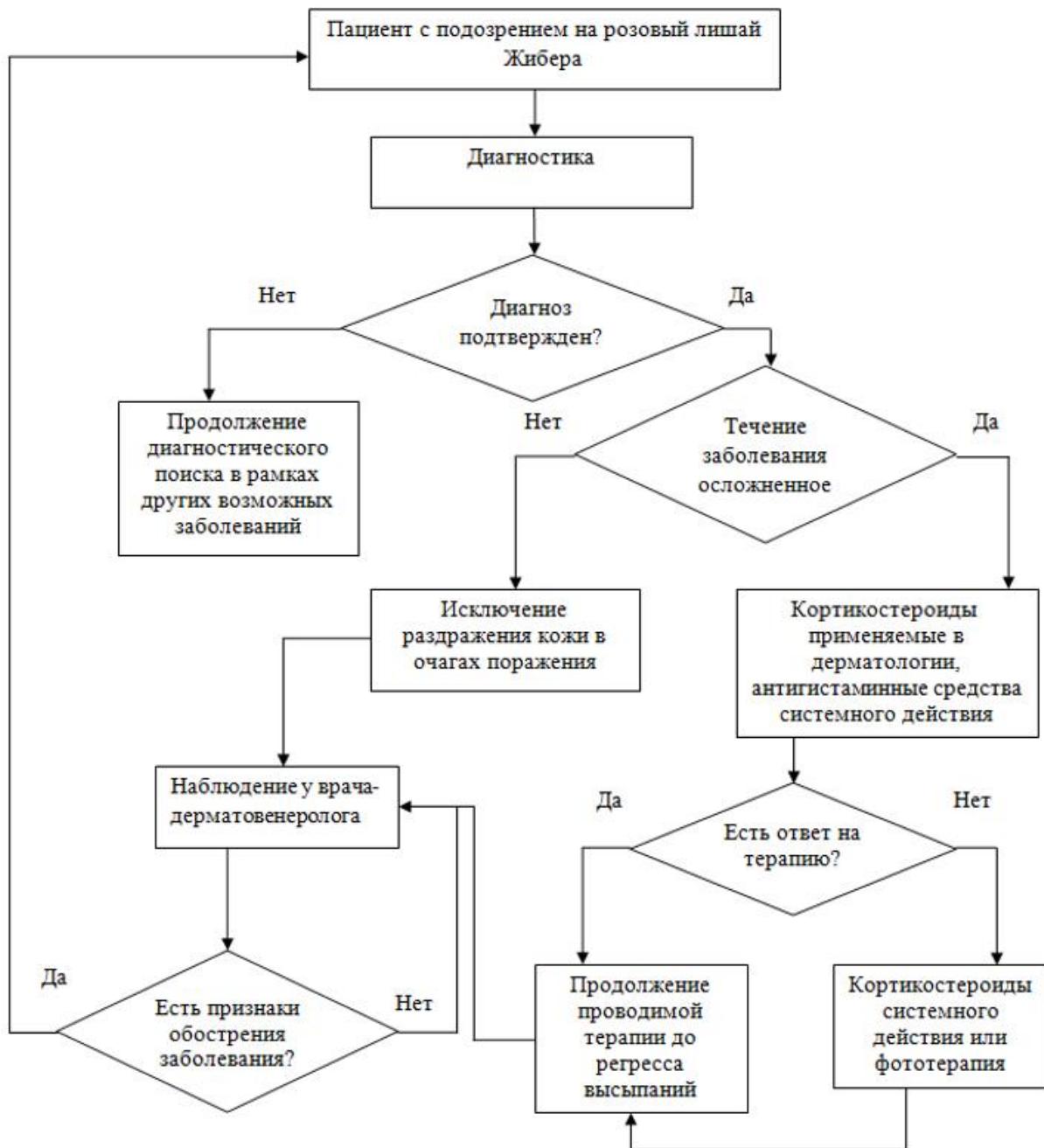
Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

Медицинская помощь пациентам с розовым лишаем Жибера оказывается врачами-дерматовенерологами в амбулаторных условиях.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

1. Не рекомендуется избыточное раздражение кожи физическими факторами (механическими, термическими, лучевыми), лечение антисептиками и дезинфицирующими средствами или противогрибковыми препаратами, применяемыми в дерматологии , 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.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросы и другие оценочные инструменты состояния пациентов, приведенных в клинических рекомендациях.

Не применяются.