Приложение к Приказу

 Министерства здравоохранения

 Приднестровской Молдавской Республики

 от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 года №\_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«****Розовый лишай Жибера»**

**Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** L42

**Возрастная категория:** Взрослые/дети

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2022 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

[Список сокращений 3](#_Toc121993165)

[1. Краткая информация 3](#_Toc121993166)

[**1.1 Определение 3**](#_Toc121993167)

[**1.2 Этиология и патогенез 3**](#_Toc121993168)

[**1.3 Эпидемиология 3**](#_Toc121993169)

[**1.4 Особенности кодирования по МКБ 10 3**](#_Toc121993170)

[**1.5 Классификация 3**](#_Toc121993171)

[**1.6 Клиническая картина 3**](#_Toc121993172)

[2. Диагностика 4](#_Toc121993173)

[**2.1 Жалобы и анамнез 4**](#_Toc121993174)

[**2.2 Физикальное обследование 4**](#_Toc121993175)

[**2.3 Лабораторная диагностика 4**](#_Toc121993176)

[**2.4 Инструментальная диагностика 5**](#_Toc121993177)

[**2.5 Иная диагностика 5**](#_Toc121993178)

[3. Лечение 5](#_Toc121993179)

[**3.1 Консервативное лечение 5**](#_Toc121993180)

[**3.2 Хирургическое лечение 7**](#_Toc121993181)

[**3.3 Иное лечение 7**](#_Toc121993182)

[4. Реабилитация 7](#_Toc121993183)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение 7](#_Toc121993184)

[6. Организация медицинской помощи 7](#_Toc121993185)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 7](#_Toc121993186)

[Список литературы 8](#_Toc121993189)

[Приложение А1.](#_Toc121993190) [Состав рабочей группы 9](#_Toc121993191)

[Приложение А2.](#_Toc121993192) [Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 10](#_Toc121993193)

[Приложение Б.](#_Toc121993194) [Алгоритмы действий врача 12](#_Toc121993195)

[Приложение В.](#_Toc121993196) [Информация для пациента 13](#_Toc121993197)

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

## 1.1 Определение

**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

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

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.

## 1.4 Особенности кодирования по МКБ 10

L42 – Питириаз розовый [Жибера]

## 1.5 Классификация

Отсутствует.

## 1.6 Клиническая картина

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 ультрафиолетового облучения лучами короткого спектра.

2. Диагностика

**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 Лабораторная диагностика

Рекомендуются серологические исследования для исключения сифилиса [4].

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

Рекомендуетсямикроскопическое исследование соскоба с кожи для исключения микоза [4].

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

* Рекомендуетсяпатологоанатомическое 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 коллагеновые волокна, периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов.

## 2.4 Инструментальная диагностика

Не применяются.

## 2.5 Иная диагностика

Не требуются.

3. Лечение

## 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 5-7дней [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. Не осложненное 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. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактика вирусной и бактериальной инфекции у пациента [11].

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

6. Организация медицинской помощи

Помощь проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация не требуется.

Критерии оценки качества медицинской помощи

| **№№ п/п** | **Критерии качества** | **Уровень убедительности рекомендаций** | **Уровень достоверности доказательств** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 11 | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикоиды и/или ультрафиолетовая средневолновая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | B | 1 |
| 22 | 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**

**Председатель:**

Барановская Н.Т. – врач-дерматовенеролог высшей категории, заместитель главного врача по организационно-методической работе государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

**Члены:**

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Перчун А.М. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Манталуца А.В. – врач-дерматовенеролог, заведующая стационарным отделением государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории, заведующая кожвенотделением государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провелглавный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» **Е.П. Бузук –** главный врачгосударственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

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

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1. Врачи-дерматовенерологи;

2. Врачи-аллергологи-иммунологи;

3. Ординаторы по специальностям «Дерматовенерология» и «Аллергология и иммунология».

 Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию-не реже один раз в пять лет, 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 утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

 Сведения о показаниях к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

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

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);
4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение № 1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

 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.