Приложение
к приказу № 176
от «22 » мая 2026-года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»

ТАШКЕНТ 2026

“УТВЕРЖДАЮ”
И.о. директора ГУ
“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
Сабиров У.Ю.

«26» февраля 2026 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»

ТАШКЕНТ 2026

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L42	Питириаз розовый [Жибера]	EA10	Питириаз розовый [Жибера]
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11137		https://skinive.com/ru/dermatlas/papulosquamous/2ps_pink_lichen/

Дата разработки и пересмотра протокола: 2026 год, дата пересмотра 2029 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:
По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Хакимов Д.Р.	Заведующий отделением физиотерапии , к.м.н.	РСНПМЦДВиК
3.	Боходирова А.А.	Учёный секретарь	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Ташкенбаева Умида Алишеровна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии Ташкентского государственного медицинского университета.
2. Ходжаева Нигора Бахрамовна — доктор медицинских наук, заведующая отделением дерматокосметологии РСНПМЦДВиК.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработан под руководством первого заместителя министра здравоохранения О.С.Имамова., начальника Управления по внедрению медицинского страхования, начальника Управления разработки и внедрения стандартов и клинических протоколов , а также с организационной и практической помощью главных и ведущих специалистов отдела.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения:

Выписка из протокола № 2 от 26.02.2026 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;

6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения данной нозологии в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные розовым лишаем Жибера

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для 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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для 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)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»……4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»……22

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»……26

Список сокращений

МКБ	Международная классификация болезней
МНН ЛС	Международное непатентованное название лекарственного средства
ГКС	Глюкокортикостероиднке средства
Ig	иммуноглобулин
РМП	реакция микропреципитации
КСР	комплементсвязывающая реакция
РИФ	реакция иммунофлуоресценции
ИХА	иммунохроматографический анализ
РИБТ	реакция иммобилизации бледных трепонем
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации
LLLT	низкоинтенсивная лазерная терапия (Low-Level Laser Therapy)
УЗИ	ультразвуковое исследование
ИХЛА	иммунохемилюминесцентный анализ
ИФлА	иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	иммуноферментный анализ
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
в/м	внутримышечно
в/в	внутривенно
п/к	подкожно
мг	миллиграмм
кг	килограмм
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

2.Основная часть.

2.1.Введение

Розовый лишай Жибера — острое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся появлением типичных эритематозно-сквамозных высыпаний и, как правило, доброкачественным самокупирующимся течением. Заболевание чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста и нередко ассоциируется с перенесёнными инфекционными заболеваниями.

Несмотря на относительно благоприятный прогноз, клинические проявления розового лишая Жибера могут вызывать диагностические затруднения и требовать дифференциальной диагностики с другими папулосквамозными дерматозами. Отсутствие единых подходов к диагностике и ведению пациентов может приводить к необоснованному назначению терапии и снижению качества медицинской помощи.

2.2 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.

2.3. Этиология и эпидемиология

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].
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.

2.4. Классификация

В клинической практике розовый лишай Жибера классифицируется по следующим признакам:

1. По клиническому течению

- **Типичная форма**
  Характеризуется появлением «материнской бляшки» с последующим распространением вторичных очагов по линиям Лангера.
- **Атипичные формы**, включающие:
  - везикулёзную
  - папулёзную
  - уртикарную
  - фолликулярную
  - пустулёзную
  - геморрагическую
  - кольцевидный окаймленный лишай Видаля (гигантский).

2. По распространённости процесса

- **Локализованная форма**
- **Распространённая форма**
- **Генерализованная форма**

3. По характеру течения

- **Острое течение**
- **Затяжное течение**
- **Рецидивирующее течение** (встречается редко)

4. По наличию осложнений

- **Неосложнённое течение**
- **Осложнённое течение**
  (вторичная бактериальная инфекция, выраженный зуд, экзематизация)

2.5. 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.

3.Методы, подходы и процедуры диагностики

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- высыпания на коже;
- шелушение в области высыпаний;
- зуд различной интенсивности.

Анамнез заболевания:

- розовый лишай чаще поражает лиц среднего и молодого возраста, а также подростков (реже пожилых людей и детей младшего возраста);
- характерна сезонность заболевания (осень, весна);
- определяется предшествующее иммунодефицитное состояние (на фоне инфекционных болезней, приёма глюкокортикостероидов, цитостатиков, переохлаждения, беременность и др.);
- возможно наличие продромальных симптомов перед появлением кожной сыпи в виде недомогание, слабости, снижение аппетита и работоспособности, головокружения, головных болей, артралгии, миалгии, повышения температуры тела; заболевание не рецидивирует.

Физикальное обследование:

Первоначально на коже туловища или конечностей возникает одиночная «материнская бляшка» («материнское пятно»), ярко-розового цвета, овальной формы, приподнятая над поверхностью кожи, диаметром до 3-5 см, с легким шелушением на поверхности. Спустя 1-2 недели вдоль линий натяжения кожи (линий Лангера) появляются множественные эритематозно-сквамозные пятна, округлой или овальной формы, слегка отёчные, размером до 2-3 см, розового цвета. Через несколько дней центр элемента приобретает жёлтую окраску, наблюдается шелушение, сморщивание рогового слоя; по периферии - активное шелушение по типу «воротничка». Постепенно венчик эритемы и шелушение разрешаются, оставляя после себя вторичную неяркую гипо- или гиперпигментацию.

С 5	для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапиии контроля безопасности системной терапии: общий (клинический) анализ крови развернутый (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбокрит, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов)

С 5	для оценки общего состояния пациента, для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, мочевина, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза в крови

С 5	для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция pH, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии)

С 1	• Рекомендуется патологоанатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения пациентам при затруднении диагностики : 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.

С 1	• Рекомендуется микроскопическое исследование соскоба с кожи для исключения микоза

С 1	• Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР • Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM

С 5	• Комплекс биохимических исследований • Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика • Исследование IgE , Аллерготесты (при выраженном кожном зуде, при отягощённом аллергологическом анамнезе, при атипичном течении, когда проводится дифференциальная диагностика: атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, токсико-аллергические реакции) • Исследование на гепатит В, С, ВИЧ в крови • Микробиологическое исследование с определением антибиотикочувствительности • Общий анализ кала

4. Инструментальные исследования:

С 5	• УЗИ органов внутренних органов

С 5	С целью оценки тяжести состояния рекомендовано проведение диагностики состояния кожи: - дерматоскопия

С 5	Оценка психоэмоционального состояния

5. Показания для консультации специалистов

С 4	• консультация терапевта – при длительных лихорадочных состояниях, для решения вопроса о назначении системной глюкокортикостероидной терапии; • консультация инфекциониста – с целью проведения дифференциальной диагностики с инфекционными болезнями (корь, краснуха и др.); • консультация иммунолога – при рецидивирующих и затяжных формах течения розового лишая.

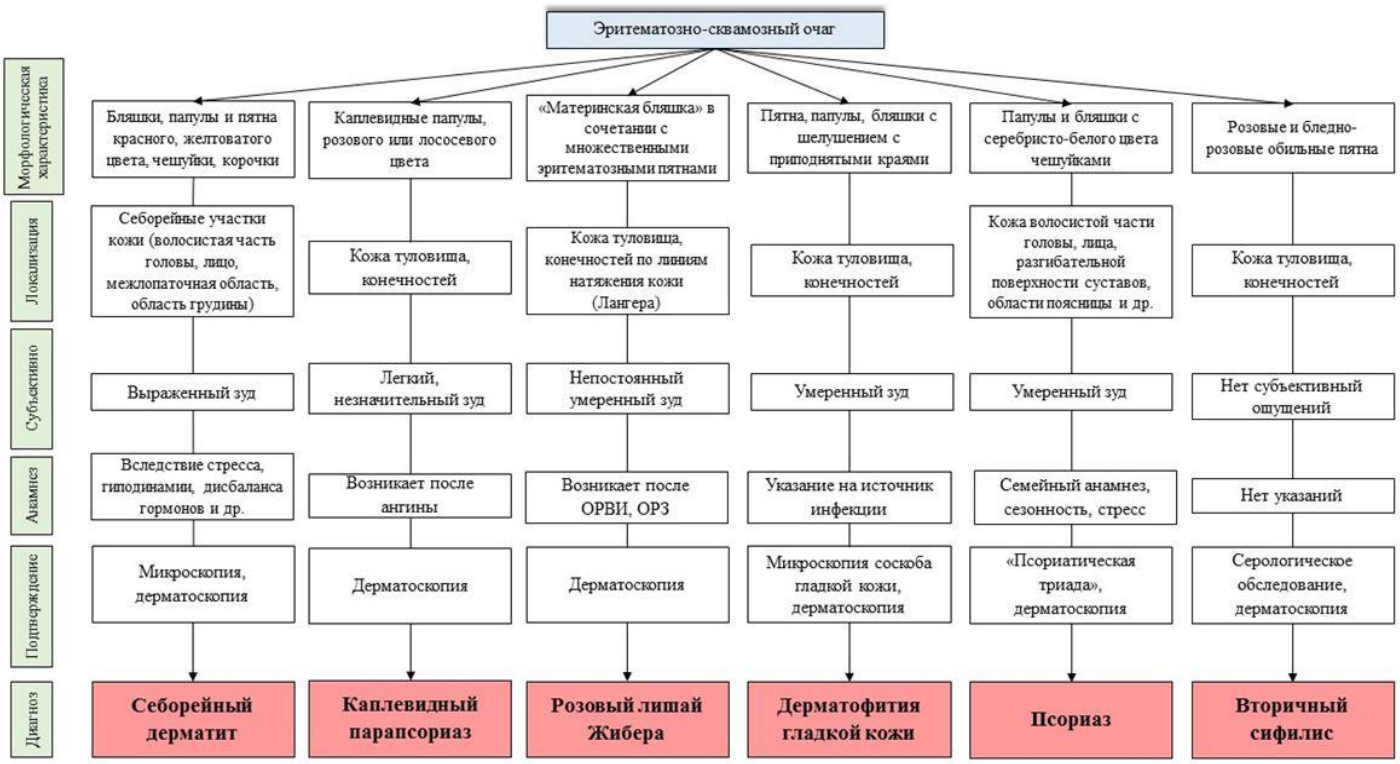
Дифференциальный диагноз [1-5]:

https://diseases.medelement.com/disease

Диагноз	***Обоснование для дифференциальной диагностики***	***Обследования***	***Критерии исключения диагноза***
Себорейная экзема	На коже розово-желтые узелки малого размера, которые постепенно увеличиваются в размерах, сливаются между собой и образуют инфильтрированные бляшки, покрытые плотно сидящими жирными чешуйками, с четкими границами и неровными краями. Разрешение очага начинается с центра очага, что делает их похожими на кольца и дуги.	Дерматоскопия	Преимущественное поражение себорейных участков (волосистая часть головы, лицо, грудь), плотные жирные чешуйко-корки грязно-жёлтого цвета, выраженная экссудативная реакция.
Псориаз	Заболевание начинается с появления сыпи ограниченного характера и представлено одиночными бляшками в местах	Определение феноменов «псориатической триады», дерматоскопия	Папуллёзный характер элементов с поражением волосистой части головы, лице, разгибательной поверхности локтевых,

	излюбленной локализации. Бляшки ярко-розового или насыщенно-красного цвета имеют четко очерченные края, покрыты рыхлыми серебристо-белыми чешуйками, которые легко и безболезненно соскабливаются, обнаруживая характерную для псориаза триаду феноменов.		коленных суставов, области поясницы, крестца и др.; серебристо-белые чешуйки на поверхности; типичные псориатические феномены (псориатическая триада).
Каплевидный парапсориаз	Заболевание характеризуется появлением типичных узелковых высыпаний круглой или овальной формы величиной 2-5 мм. Цвет их светло-розовый или более тёмный, иногда буровато-красный. Поверхность узелков шелушится, при осторожном поскабливании чешуйка снимается, не ломаясь. Одновременно с папулами иногда возникают розеолезные пятна, нередко покрытые пластинчатыми чешуйками.	Дерматоскопия	Папуллёзные элементы одинакового размера, шелушение по типу облатки - плотная, сухая чешуйка, прикрепленная в центре и отстающая по периферии, точечные геморрагии; цвет бляшек более темный.
Сифилис	Вторичный период начинается с общих симптомов, сходных с проявлениями ОРВИ и гриппа. Через неделю постепенно по 10-12 штук появляются кожные симптомы: безболезненная незудящаярозеолезнаясыпь бледно розового цвета, расположенная на коже туловища, без периферического роста, округлой формы, бледно-розового цвета. Папуллёзный сифилид при сифилисе характеризуется появлением лентикулярных папул медно-красного цвета, размером около 3-5 мм, с шелушением по периферии по типу «воротничка Биетта».	Серологическое исследование	Неинтенсивная окраска сифилитических розеол, одинаковый размер, отсутствие шелушения. при папуллёзномсифилиде - медно-–красный цвет элементов, шелушение в виде воротничка Биетта, поражение кожи ладоней и подошв. Элементы при вторичном сифилисе не шелушатся, не соответствуют кожным линиям. В анамнезе пациент указывает на высыпания в области половых органов, слизистой оболочке рта.

Микоз гладкой кожи	Грибковое поражение кожи проявляется появлением красных шелушащихся пятен круглой или овальной формы, которые имеют склонность к периферическому росту, сливаются и образуют очаги полициклических очертаний с отёчным, вишнево-красного цвета прерывистым периферическим валиком, состоящим из фолликулярных папул и пустул. Кожа в пределах очагов слабо инфильтрирована, может приобретать буроватый оттенок, покрыта мелкими чешуйками.	Микроскопическое исследование соскоба с кожи	Неостровоспалительные розоватые кожные элементы, резкие границы в виде периферического валика, покрытого вторичными элементами (везикулы, узелки, корочки и др.), более локализованное поражение.



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

Неосложненные формы розового лишая не требуют медикаментозной терапии, спонтанный регресс элементов наблюдается через 4-5 недель от начала заболевания. Однако, при наличии выраженных клинических симптомов, рекомендуется назначение лекарственной терапии

(антигистаминных препаратов, топических глюкокортикостероидных средств и др.).

Немедикаментозное лечение:

· Режим №2 (общий). Ограничение водных процедур (1-2 раза в неделю), травматизации кожи (например, мочалкой, полотенцем). Рекомендуется избегать воздействия раздражающих средств и факторов (грубые виды мыла, горячая вода, парфюмированные и окрашенные средства), надевать одежду из натуральных тканей (исключить синтетические ткани и шерсть), а также сократить физические нагрузки во избежание гиперсекреции пота и присоединения бактериальной инфекции.

· Стол №15 (общий) – пациентам с розовым лишаем рекомендуется исключить из рациона продукты, способные сенсибилизировать организм (цитрусовые, шоколад, кофе, цельное молоко, копчёности, маринады, полуфабрикаты), алкоголь.

Физиотерапевтические процедуры: (При этом виде терапии возможно появление поствоспалительной гиперпигментации)

Начальную дозу облучения определяют на основании индивидуальной чувствительности кожи путем измерения минимальной эритемной дозы либо без определения минимальных фототоксических/эритемных доз на основании фототипа кожи (по классификации Т.Б. Фитцпатрика).

С 2	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия: начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1-0,3 Дж/см^2. Процедуры проводят 3-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5-30%, или на 0,05-0,2 Дж/см^2, при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15-35 процедур

С 5	• Низкоинтенсивная светотерапия LLLT • Полихроматичный луч • Ультразвуковая терапия с применением топических средств • Красный и инфракрасный лазер • Неинвазивная стимуляция мозга магнитными полями

Медикаментозное лечение.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа:	**МНН ЛС**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**

Индифферентные наружные средства	Эмоленты (без лекарственных добавок)	Наружно, 2–3 раза в сутки	С https://diseases.medelement.com/disease
	Оксид цинка	Наружно, 2 раза в сутки	С https://diseases.medelement.com/disease
	Пасты на основе оксида цинка	Наружно, 1–2 раза в сутки	С https://diseases.medelement.com/disease
	Вазелин, парафин (основы)	Наружно, по необходимости	С https://diseases.medelement.com/disease
	Ланолин	Наружно, 1–2 раза в сутки	С https://diseases.medelement.com/disease
	Пантенол	Наружно, 2 раза в сутки	С https://diseases.medelement.com/disease
	Декспантенол	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3–х недель	С https://diseases.medelement.com/disease

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться

по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Фармакологическая группа	***МНН ЛС***	***Способ применения***	***Уровень доказа тельности***
Топические ГКС	клобетазол 0,05%	крем для наружного применения у взрослых 2 раза в сутки наносить на всю поверхность тела	С https://diseases.medelement.com/disease
	гидрокортизона бутират крем, мазь 0,1%	1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	алклометазона дипропионат крем, мазь 0,05%	1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	метилпреднизолона ацепонат крем, мазь 0,1%	1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	Мометазон 0,1%	1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	Бетаметазон 0,1%	крем или мазь, наносить 2 раза в сутки на очаги поражения до наступления клинического улучшения	С https://diseases.medelement.com/disease
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://diseases.medelement.com/disease

	Цетиризин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	С https://diseases.medelement.com/disease
	Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	С https://diseases.medelement.com/disease
	Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	С https://diseases.medelement.com/disease
Гипосенсибилизирующие средства	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно, через день или через 2 дня. Детям — внутривенно медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	С https://diseases.medelement.com/disease
Системные ГКС	Преднизолон	15-20 мг в сутки до купирования основной клинической симптоматики	С https://diseases.medelement.com/disease

	Дексаметазон	2–4 мг в сутки до купирования основной клинической симптоматики	С https://diseases.medelement.com/disease
Противовирусные препараты	Ацикловир	Таблетки, 200 мг; по 1 г 5 раз в день в течении 7 дней.	С https://diseases.medelement.com/disease
Антибактериальные средства	Эритромицин	Таблетки, 100, 250, 500 мг. 1 г 4 раза в день 25-40 мг/кг разделить дозу на 4 приёма 2 недели	С https://diseases.medelement.com/disease
	Левомицетин	Таблетки 250,500 мг. Суточная доза 2 г в сутки, разделить на 3-4 приема, 8-10 дней.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Тетрациклин	Таблетки 100 мг, взрослым по 0,3-0,5 г каждые 6 часов (4 раза в сутки) или по 0,5-1 г каждые 12 часов (2 раза в сутки) 5-10 дней.	С https://diseases.medelement.com/disease
Витамины	Ретинола ацетат (Витамин А)	100 000-200 000 МЕ/сут	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Холекальциферол	Внутрь, в/м. 500-200000МЕ Учитывая уровень недостаточности	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Аскорбиновая кислота	Внутрь, в/м, в/в 250-1000мг/сут	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Комбинированные наружные средства, применяемые при осложненных формах	Бетаметазона дипропионат (1 мг) + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг) (туба)	1-2 раза в день наружно	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Гидрокортизон (1 мг) + натамицин 10 (мг) + неомицин (3500 ЕД) (туба)	1-2 раза в день наружно	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг) (туба)	1-2 раза в день наружно	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Неомицин+ Кетоконазол+ Клобетазол	1-2 раза в день наружно	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Дальнейшее ведение:

- уход за кожей (применение эмолентов и других смягчающих средств).

Индикаторы эффективности лечения:

- исчезновение субъективных ощущений;
- регресс имеющихся высыпаний;
- отсутствие появления свежих элементов.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»

Введение

Розовый лишай Жибера — острое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся появлением типичных эритематозно-сквамозных высыпаний и, как правило, доброкачественным самокупирующимся течением. Заболевание чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста и нередко ассоциируется с перенесёнными инфекционными заболеваниями.

Несмотря на относительно благоприятный прогноз, клинические проявления розового лишая Жибера могут вызывать диагностические затруднения и требовать дифференциальной диагностики с другими папулосквамозными дерматозами. Отсутствие единых подходов к диагностике и ведению пациентов может приводить к необоснованному назначению терапии и снижению качества медицинской помощи.

Консервативное лечение

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.

- 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 В (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 В (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 В (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 В (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 В (уровень достоверности доказательств – 1)

или

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

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

или

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

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

или

клемастин - взрослым – 1 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11].

Уровень убедительности рекомендаций В (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 В (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.

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 В (уровень достоверности доказательств - 1)

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

С 5	НИЛИ Озонотерапия

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer
https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

Хирургическое вмешательство: не проводится

Показания для плановой госпитализации:

- распространенность процесса, тяжелое течение, требующее системной терапии;
- экссудативный характер очагов, мокнутие, экзематизация, аллергизация, импетигинизация.

Показания к экстренной госпитализации: нет

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА»

Введение

Розовый лишай Жибера — острое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся появлением типичных эритематозно-сквамозных высыпаний и, как правило, доброкачественным самокупирующимся течением. Заболевание чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста и нередко ассоциируется с перенесёнными инфекционными заболеваниями.

Несмотря на относительно благоприятный прогноз, клинические проявления розового лишая Жибера могут вызывать диагностические затруднения и требовать дифференциальной диагностики с другими папулосквамозными дерматозами. Отсутствие единых подходов к диагностике и ведению пациентов может приводить к необоснованному назначению терапии и снижению качества медицинской помощи.

Медицинская реабилитация

Не проводится

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

Профилактика вирусной и бактериальной инфекции у пациента [11].

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. – 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.

https://diseases.medelement.com/disease

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0101/p38.html

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448091/

https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-rosea

https://www.aad.org/public/diseases/a-z/pityriasis-rosea-treatment

https://www.bad.org.uk/pils/pityriasis-rosea

https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/psoriasis-and-other-papulosquamous-disorders/pityriasis-rosea

Практические навыки и компетенции в управлении розового лишая Жибера.

(task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента		+	+
Применение знаний о симптомах при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
Первоначально на коже туловища или конечностей возникает одиночная «материнская бляшка» («материнское пятно»), ярко-розового цвета, овальной формы, приподнятая над поверхностью кожи, диаметром до 3-5 см, с легким			+

шелушением на поверхности. Спустя 1-2 недели вдоль линий натяжения кожи (линий Лангера) появляются множественные эритематозно-сквамозные пятна, округлой или овальной формы, слегка отёчные, размером до 2-3 см, розового цвета. Через несколько дней центр элемента приобретает жёлтую окраску, наблюдается шелушение, сморщивание рогового слоя; по периферии - активное шелушение по типу «воротничка». Постепенно венчик эритемы и шелушение разрешаются, оставляя после себя вторичную неяркую гипо- или гиперпигментацию.			
Постановка диагноза			
На основании жалоб, осмотра и проведения лабораторных и инструментальных методов исследования			+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)		+	+
Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика			+
Исследование IgE			+
Исследование на гепатит В, С, ВИЧ в крови			+
Микробиологическое исследование с определением антибиотикочувствительности			+
Микологическое исследование			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
УЗИ внутренних органов		+	+
Оценка психоэмоционального состояния			+
Лечение			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения чесотки (стр.15-16)			+

Компетенция назначения медикаментозного лечения чесотки (стр.16-21)			+

Профилактика			
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения		+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции в управлении розового лишая Жибера

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание розового лишая Жибера		+	+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов			+
Создание подхода к диагностике на основе этиологии, симптомов и обследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов		+	+
Формирование подхода к лечению			+
Опишите немедикаментозную терапию			+
Опишите медикаментозную терапию			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при розовом лишае Жибера			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития розового лишая Жибера			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.