

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ ЖИБЕРА**

**Москва - 2013**

**Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Розовый лишай Жибера»:**

1. Хобейш Марианна Михайловна – доцент кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, кандидат медицинских наук, г. Санкт-Петербург.
2. Соколовский Евгений Владиславович - заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.
3. Монахов Константин Николаевич – профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, доктор медицинских наук, г. Санкт-Петербург.

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

Консенсус экспертов.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

<b>Сила</b>	<b>Описание</b>
<b>A</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

**Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций..

## **РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА**

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10  
L42.**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Розовый лишай Жибера (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.

### **ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Причина заболевания неизвестна. Общепризнанной является гипотеза инфекционного, в первую очередь вирусного происхождения. В последние годы особое внимание уделялось роли герпесвируса-6 и герпесвируса-7, однако этиологический агент до настоящего времени не выявлен. Косвенными свидетельствами того, что данное заболевание имеет инфекционную природу, являются его сезонные колебания, наличие продромальных симптомов у некоторых пациентов, а также характер течения.

Заболевание наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей; лица пожилого возраста и дети младшего возраста болеют редко. Как правило, возникает один эпизод заболевания, два и более - встречаются редко. Заболевание чаще развивается весной и осенью.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Отсутствует.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

У 80% больных в начале заболевания появляется яркая, овальная, слегка приподнятая над уровнем кожи бляшка, диаметром 2-5 см, которая локализуется, как правило, на туловище. В центре бляшки наблюдается нежное шелушение. Через 1-2 недели появляются множественные отечные, розоватого цвета эритемато-сквамозные пятна диаметром до 2-3 см, округлых или овальных очертаний, расположенные вдоль линий Лангера. Центр их нежно-складчатый, иногда пигментированный, шелушится. Шелушение более характерно на границе центральной и периферической зон в виде характерного «воротничка». Высыпания появляются не одновременно, что обуславливает эволюционный полиморфизм. Элементы начинают разрешаться с центральной части, которая пигментируется, теряет яркие тона, отшелушивается. Постепенно исчезает венчик эритемы, оставляя нерезко выраженную гиперпигментацию.

Может быть легкий зуд, который вызывается избыточным раздражением при лечении антисептическими препаратами, противогрибковыми средствами.

Иногда материнская бляшка отсутствует или имеются несколько материнских бляшек. Могут наблюдаться так же атипичные формы розового лишая: уртикарная, везикулезная, папулезная, возникающие из-за раздражения кожи вследствие трения, потливости, нерациональной наружной терапии. Однако и в этих случаях элементы располагаются вдоль линий Лангера. Заболевание обычно не рецидивирует. Спонтанное выздоровление происходит на 4-5 неделе заболевания. Остаточные клинические проявления наблюдаются редко. В ряде случаев встречается гипо- или гиперпигментация, которая чаще появляется или становится более выраженной под воздействием солнца или ультрафиолетовой терапии.

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика основывается на данных анамнеза (связь с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждение, нарушение общего состояния) и клинической картине заболевания (наличие «материнской» бляшки, эритемато-сквамозных элементов, расположенных по линиям Лангера).

*Лабораторные исследования:*

- клинический анализ крови, клинический анализ мочи;
- проведение серологических исследований для исключения сифилиса;
- микроскопическое исследование препарата для исключения микоза.

При затруднении диагностики проводится гистологическое исследование биоптатов кожи.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальный диагноз проводят с следующими заболеваниями:

1. *Себорейная экзема.* При экземе не наблюдается характерного расположения элементов по линиям Лангера, отсутствует материнская бляшка, в очагах имеются более крупные сальные чешуйки.
2. *Псориаз.* При псориазе отсутствует материнская бляшка, кожные высыпания не пятнистого, а папулезного характера. Характерна локализация на волосистой части головы, лице, кистях и стопах. Имеются типичные псориазные элементы.
3. *Каплевидный параспориоз.* При параспориозе элементы папулезные, характерны симптомы скрытого шелушения, шелушения в виде облатки, точечные геморрагии; цвет высыпаний более темный, коричневатый.
4. *Сифилис.* Для сифилитической розеола характерна более бледная окраска высыпаний. Папулезный сифилид характеризуется присутствием плотного инфильтрата в основании, цвет высыпаний медно-красный. Результаты серологического обследования на сифилис положительные.

5. *Микоз гладкой кожи.* При микроскопическом исследовании обнаруживаются возбудители микозов.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Общие замечания по терапии**

Обычно самопроизвольное выздоровление наступает через 4-5 недель от начала заболевания. Неосложненное течение розового лишая лечения не требует. Больным рекомендуется ограничить прием водных процедур (запретить 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.

### **Схемы лечения.**

#### **Медикаментозная терапия:**

При распространенном поражении кожи, сопровождающемся выраженным зудом:

##### **1. Топические глюкокортикостероидные препараты:**

- гидрокортизона бутират крем, мазь 0,1% (А) 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [1-2]  
или
- алклометазона дипропионат крем, мазь 0,05% (А) 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [1-2]  
или
- метилпреднизолона ацепонат крем, мазь 0,1% (А) 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [1-2]  
или
- мометазона фураат крем, мазь 0,1% (А) 1-2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 5-7 дней [1-2]

##### **2. Антигистаминные препараты**

- цетиризина гидрохлорид (В): взрослым и детям в возрасте старше 6 лет суточная доза 10 мг перорально, взрослым - в 1 прием, детям - 5 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней [2,4]  
или
- лоратадин (В): взрослым и детям в возрасте старше 12 лет - 10 мг 1 раз в сутки перорально; детям в возрасте от 3 до 12 лет с массой тела менее 30 кг - 5 мг перорально 1 раз в сутки, с массой тела более 30 кг - 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7-10 дней [2,4]  
или
- хлоропирамин (В): детям в возрасте от 1 года до 6 лет - 8,3 мг 2-3 раза в сутки перорально, детям в возрасте от 6 до 14 лет - 12,5 мг 2-3 раза в



сутки перорально, взрослым - 25мг 3-4 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней [2,4]

или

- клемастин (В): детям в возрасте старше 7 лет - 0,5-1мг 2 раза в сутки перорально, взрослым - 1 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 –10 дней [2,4].

При осложненных формах заболевания назначают системные глюкокортикостероидные препараты:

- преднизолон (А) 15-20 мг в сутки перорально до купирования основной клинической симптоматики [2-5].

#### **Немедикаментозная терапия:**

Ультрафиолетовая средневолновая терапия с длиной волны 280-320 нм 5 раз в неделю в течение 1-2 недель (С) [2,4]. При этом виде терапии возможно появление поствоспалительной гиперпигментации.

#### **Требования к результатам лечения**

- исчезновение субъективных ощущений;
- отсутствие появления новых высыпных элементов;
- разрешение высыпаний

#### **Тактика при отсутствии эффекта от лечения**

Убедиться в полной элиминации экзогенных провоцирующих факторов. Возможен короткий курс системных глюкокортикостероидов: преднизолон 15-20 мг в сутки перорально до купирования основной клинической симптоматики (А) [2-5].

#### **ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика вирусной и бактериальной инфекции.

## **Список литературы**

1. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - С. 1244
2. Drago F., Rebora A. Treatments for Pityriasis Rosea. *Skin Therapy Letter*. 2009., 14(3):
3. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Москва, « Медпресс-информ», 2008, С.727.
4. Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. *Am. Fam. Physician*. 2004 Jan 1;69(1):87-91.
5. Фицпатрик Т. Дерматология атлас-справочник. - М.: ПРАКТИКА, 1999. – С. 1044  
Европейское руководство по лечению дерматологических болезней.