

Розовый лишай Жибера



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Псориаз розовый [жибера] (L42)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «29» июня 2017 года

Протокол №24

Розовый лишай Жибера (псориаз розовый, болезнь Жильбера, розеола шелушащаяся, *pityriasis rosea*) – это островоспалительное кожное заболевание предположительно инфекционно-аллергической и вирусной природы, характеризующееся появлением распространенной эритематозно-сквамозной сыпи, сезонностью (преимущественно в осеннее и весеннее время) и склонностью к самопроизвольному разрешению.

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
L42	Псориаз розовый [Жибера]

Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год.

Сокращения, используемые в протоколе:

РКИ	— рандомизированные клинические исследования
УД	— уровень доказательности
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
КВД	— кожно-венерологический диспансер
СВА	— семейно-врачебная амбулатория
ОАК	— общий анализ крови
ОАМ	— общий анализ мочи
ГКС	— глюкокортикостероиды

Пользователи протокола: врачи общей практики, педиатры, терапевты, дерматовенерологи.

Категория пациентов: взрослые, дети.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика

Классификация

Классификация[6-12]:Типичная форма:Атипичные формы:

- уртикарная;
- везикулёзная;
- папулёзная;
- фолликулярная;
- милиарная;
- кольцевидный окаймленный лишай Видаля (гигантский).

Диагностика

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [3,5,25-27]

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, приём глюкокортикостероидов, иммуностимуляторов, пересадка органов, беременность и др.);

болезней, приема глюкокортикостероидов, цитостатиков, переохлаждения, беременности 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.

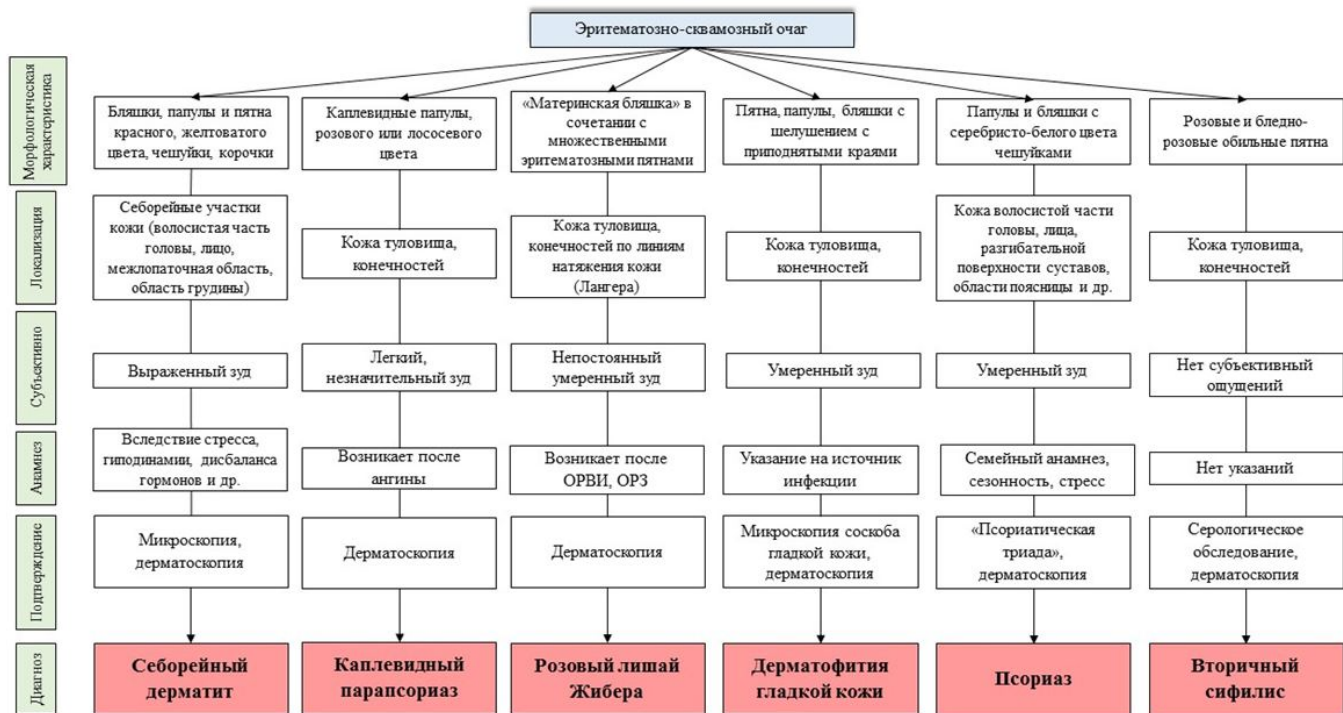
Лабораторные исследования [3,5]:

- общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ);
- общий анализ мочи (возможно присутствие следов белка);
- микрореакция (проводится с целью дифференциальной диагностики для исключения вторичного сифилиса);
- микроскопическое исследование соскоба гладкой кожи (проводится с целью дифференциальной диагностики для исключения микоза кожи);
- гистологическое исследование биоптата кожи(при затруднении диагностики):
 - при острых формах - отек сосочкового слоя дермы, периваскулярные воспалительные инфильтраты из лимфоцитов с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов;
 - при хронических формах - небольшой акантоз, местами спонгиоз и очаговый паракератоз.

Инструментальные исследования:нет.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта – при длительных лихорадочных состояниях, для решения вопроса о назначении системнойглюкокортикостероидной 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.

диагностический алгоритм розового лишая

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-5, 13, 14]:

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.

Папуллезный характер элементов с

Псориаз	<p>Заболевание начинается с появления сыпи ограниченного характера и представлено одиночными бляшками в местах 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.</p>	<p>Определение феноменов «псориатической триады», дерматоскопия</p>	<p>поражением волосистой части головы, лице, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, области поясницы, крестца и др.; серебристо-белые чешуйки на поверхности; типичные псориатические феномены (псориатическая триада).</p>
Каплевидный параспсориаз	<p>Заболевание характеризуется появлением типичных узелковых высыпаний круглой или овальной формы величиной 2-5 мм. Цвет их светло-розовый или более темный, иногда буровато-красный. Поверхность узелков шелушится, при осторожном поскабливании чешуйка снимается, не ломаясь. Одновременно с папулами иногда возникают розеолезные пятна, нередко покрытые пластинчатыми чешуйками.</p>	<p>Дерматоскопия</p>	<p>Папуллезные элементы одинакового размера, шелушение по типу облатки - плотная, сухая чешуйка, прикрепленная в центре и отстающая по периферии, точечные геморрагии; цвет бляшек более темный.</p>
Сифилис	<p>Вторичный период начинается с общих симптомов, сходных с проявлениями ОРВИ и гриппа. Через неделю постепенно по 10-12 штук появляются кожные симптомы: безболезненная незудящая розеолезная сыпь бледно-розового цвета, расположенная на коже туловища, без периферического роста, округлой формы, бледно-розового цвета. Папуллезный сифилид при сифилисе характеризуется появлением лентикулярных папул медно-красного цвета, размером около 3-5 мм, с шелушением по периферии по типу «воротничка Биетта».</p>	<p>Серологическое исследование</p>	<p>Неинтенсивная окраска сифилитических розеол, одинаковый размер, отсутствие шелушения. при папуллезном сифилиде - 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.</p>

	<p>Грибковое поражение кожи проявляется появлением красных шелушащихся</p>		<p>Неостровоспалительные</p>
--	--	--	------------------------------

Микоз гладкой кожи	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	розоватые кожные элементы, резкие границы в виде периферического валика, покрытого вторичными элементами (везикулы, узелки, корочки и др.), более локализованное поражение.
--------------------	---	--	---

Лечение

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении (<https://drugs.medelement.com/>)

Ацикловир (Acyclovir)

Бетаметазон (Betamethasone)

Гентамицин (Gentamicin)

Гидрокортизон (Hydrocortisone)

Дезлоратадин (Desloratadine)

Дифенгидрамин (Diphenhydramine)

Клотримазол (Clotrimazole)

Лоратадин (Loratadine)

Метилпреднизолон (Methylprednisolone)

Мометазон (Mometasone)

Натамицин (Natamycin)

Неомицин (Neomycin)

Преднизолон (Prednisolone)

Тетрациклин (Tetracycline)

Хлорамфеникол (Chloramphenicol)

Хлоропирамин (Chloropyramine)

Цетиризин (Cetirizine)

Эритромицин (Erythromycin)

Лечение (амбулатория)

Тактика лечения на амбулаторном уровне [3,5,13-16]:

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 sensibilizировать организм (цитрусовые, шоколад, кофе, цельное молоко, копчености, маринады, полуфабрикаты), алкоголь.

Дополнительные виды лечения:

· Ультрафиолетовая средневолновая терапия с длиной волны 280-320 нм 5 раз в неделю в течение 1-2 недель [28-30]. При этом виде терапии возможно появление поствоспалительной гиперпигментации.

Медикаментозное лечение

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

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Режим дозирования	Показания	Уровень доказательности
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	Таблетки, 5 мг, 1 раз в сутки в течение 10-15 дней в одно и то же время суток, вне зависимости от приема пищи. Сироп, детям от 1 до 5 лет – по 1,25 мг/сут(2,5 мл), 6-11 лет – по 2,5 мг/сут (5 мл), взрослым и детям старше 12 лет – по 5 мг/сут (10 мл).	При наличии выраженного кожного зуда.	C[32]
		Взрослым и детям старше 12 лет 10 мг один раз в		

Цетиризина гидрохлорид	10 мг один раз в сутки. Дети от 6 до 12 лет 5 мг два раза в сутки.		C[31]
Лоратадин	Внутри за 30 минут до приема пищи, сироп можно применять независимо от приема пищи. Взрослые и дети с 12 лет и старше: 10 мг 1 раз в сутки. Дети с 6-ти до 12 лет: с массой тела более 30 кг - 10 мг 1 раз в сутки, с массой тела менее 30 кг - 5 мг 1 раз в сутки.		C[32]
Хлоропирамин	Внутримышечно или внутривенно, взрослые 20-40 мг в сутки. Дети от 1 месяца до 1 года 5 мг в сутки; от 1 года до 6 лет: 10 мг в сутки; от 6 лет до 14 лет 10-20 мг в сутки. Суточная доза для детей не более 2 мг/кг/сутки. Внутри, взрослые: 25 мг 3-4 раза в сутки, при необходимости увеличивают до 100 мг. Дети от 1 года до 6 лет: 6,25 мг 3 раза в сутки или 12,5 мг 2 раза в		C[32]

	сутки (в растертом виде до порошка); от 6 до 14 лет: 12,5 мг 2-3 раза в сутки.	
Дифенгидрамин	Таблетки 10, 20, 30, 50 мг, порошок, р-р для инъекций 1%, 1- 3 раза в сутки, 10-15 дней.	C[31]
Бетаметазонавалерат	0,01% мазь, крем, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день	C[31]
Бетаметазонадипропионат	0,05% крем, мазь, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день.	C[31]
Мометазонафураат	0,1% крем, мазь, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день	C[31]
Метилпреднизолонаацепонат	0,1% мазь, крем, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день	C[31]
Гидрокортизона ацетат	0,1%, 0,25%, 1,0% и 5,0% крем, мазь, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день	C[31]

		0,5% мазь, наносят тонким равномерным слоем на пораженный участок кожи 1-2 раза в день.	
	Преднизолон		C[31]

Хирургическое вмешательство: нет.

Дальнейшее ведение:

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

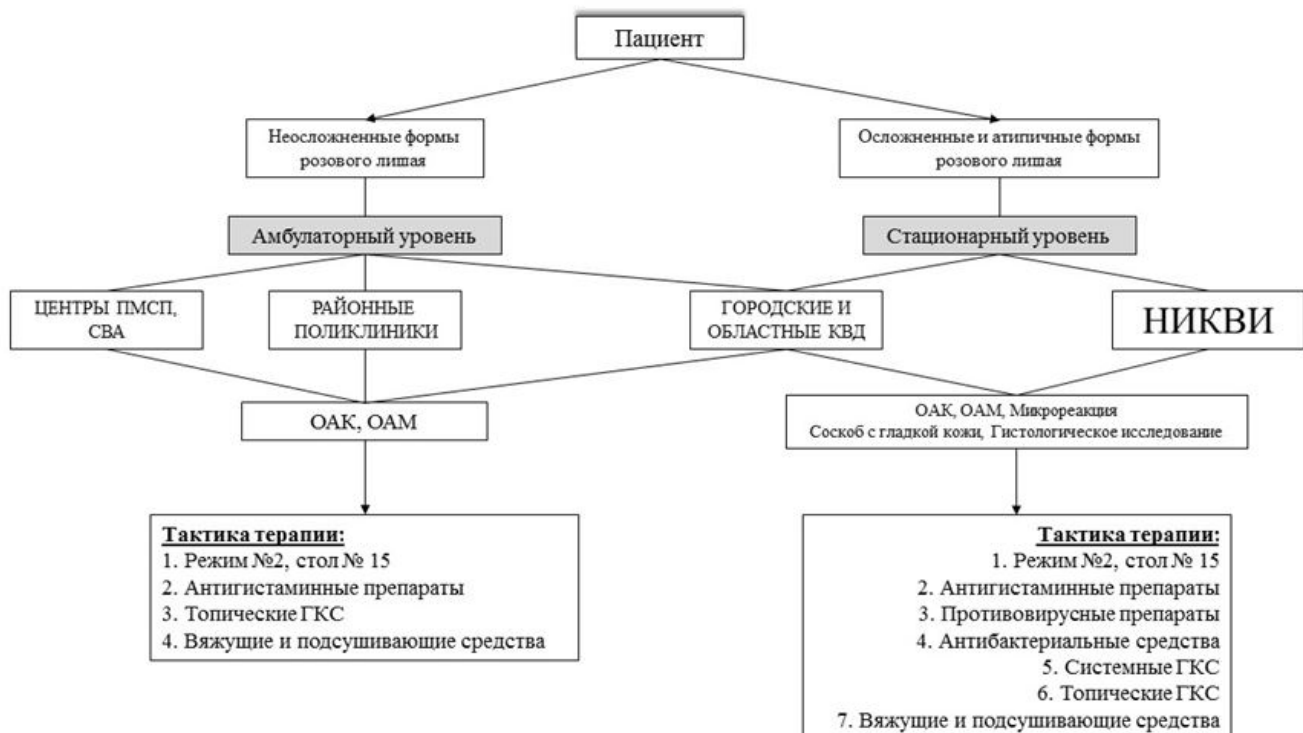
Индикаторы эффективности лечения:

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

Лечение (стационар)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [3, 5, 13-16,17,24]

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



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 по избежанию гиперэкссудации пота и присоединения бактериальной инфекции;

физические нагрузки во избежание гиперсекреции пота и присоединения бактериальной инфекции.

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

Медикаментозное лечение: см. амбулаторный уровень.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения): [17-24]

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Режим дозирования	Показания	Уровень доказательности
Противовирусные препараты	Ацикловир	Таблетки, 200, 400, 800 мг; по 1 г 5 раз в день в течении 7 дней.	При тяжелых распространенных формах	C[32]
Системные глюкокортикостероиды	Преднизолон	15-20 мг в сутки перорально до купирования основной клинической симптоматики	При осложненных формах в отсутствии эффективности традиционной терапии возможен короткий курс СГКС до купирования основной клинической симптоматики	C[31]

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения):

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Режим дозирования	Показания	Уровень доказательности
Антибактериальные препараты	Эритромицин	Таблетки, 100, 250, 500 мг. 1 г 4 раза в день 25-40 мг/кг разделить дозу на 4 приёма 2 недели	При осложненных вторичной инфекцией формах При присоединении вторичной пиогенной, грибковой инфекции	C[32]
	Левомецетин	Таблетки 250,500 мг. Суточная доза 2 г в сутки, разделить на 3-4 приема, 8-10 дней.		C[32]

	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.		C[32]
	<p>Бетаметазонадипропионат + гентамицина сульфат + клотримазол, трехкомпонентная мазь, содержащая в 1000 мг: бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат (1 мг) + клотримазол (10мг)</p> <p>Гидрокортизон + натамицин + неомицин, трехкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: гидрокортизон + натамицин (10 мг) + неомицин (3500 ЕД)</p> <p>Бетаметазон + гентамицин, двухкомпонентная мазь, крем, содержащие в 1000 мг: бетаметазон (1мг) + гентамицина сульфата (1 мг)</p>	Наносить тонким слоем на всю пораженную поверхность кожи и прилегающую область, 1-2 раза в день		C[31]

Хирургическое вмешательство: нет.

Дальнейшее ведение:

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

Индикаторы эффективности лечения:

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

Госпитализация

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации [3, 5, 15]

Показания для плановой госпитализации:

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

Показания к экстренной госпитализации: нет

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017

- 1) Drago F., Broccolo F., Rebora A. Pityriasisrosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol.* 2009 Aug;61(2):303-18. 2) Chuh A., Zawar V., Sciallis G., Kempf W. A position statement on the management of patients with pityriasisrosea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Oct;30(10):1670-1681. 3) Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розовым лишаем Жибера. – М., 2015. – с.10. 4) Mahajan K., Relhan V., Relhan A.K., Garg V.K. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects. *Indian J Dermatol.* 2016 Jul-Aug;61(4):375-84. 5) Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни [Текст] : учебник - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 544 с. : ил. 6) Drago F., Broccolo F., Ciccarese G., Rebora A., Parodi A. Persistent pityriasisrosea: an unusual form of pityriasisrosea with persistent active HHV-6 and HHV-7 infection. *Dermatology.* 2015;230(1):23–26.[PubMed] 7) Balci D.D., Hakverdi S. Vesicular pityriasisrosea: an atypical presentation. *Dermatology Online Journal.* 2008;14(3) [PubMed] 8) Gutte R.M. Pityriasisrosea: two cases with uncommon presentations of common disease. *Egyptian Dermatology Online Journal.* 2011;7(2):12. 9) HodaBadakhsh, FahamehFadaei, MahinBadakhsh, and Abbas Balouchi. Atypical PityriasisRosea with Unilateral Presentation. *J Clin Diagn Res.* 2016 Dec; 10(12): WD01–WD02. 10) Sai Yee Chuah, Hui Yi Chia, HiokHee Tan. Recurrent and persistent pityriasisrosea: an atypical case presentation. *Singapore Med J.* 2014 Jan; 55(1): e4–e6. 11) Kilinc F., Akbas A., Sener S., Aktaş A. Atypical pityriasisrosea: clinical evaluation of 27 patients. *Cutan Ocul Toxicol.* 2016 Sep 26:1-6. 12) Drago F., Ciccarese G., Rebora A., Broccolo F., Parodi A. PityriasisRosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology.* 2016;232(4):431-7. 13) Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.:ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с. 14) Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/Под ред. А.Д.Кацамба, Т.М.Лотти; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736с. 15) Дерматовенерология, 2010 / [под ред. А.А. Кубановой]. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010.–428с.–(Клинические рекомендации/Российское общество дерматовенерологов). 16) Giulia Ciccarese and Francesco Drago. Is a treatment for pityriasisrosea really needed? *Indian Dermatol Online J.* 2016 Sep-Oct; 7(5): 435. 17) Drago F., Ciccarese G., Rebora A., Parodi A. The efficacy of macrolides and acyclovir in pityriasisrosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015 Jan-Feb. 81(1):56. 18) Krishnamurthy K., Walker A., Gropper C.A., Hoffman C. To treat or not to treat? Management of guttate psoriasis and pityriasisrosea in patients with evidence of group A Streptococcal infection. *J Drugs Dermatol.* 2010 Mar. 9(3):241-50. 19) Amatya A., Rajouria E.A., Karn D.K. Comparative study of effectiveness of oral acyclovir with oral erythromycin in the treatment of Pityriasisrosea. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2012 Jan-Mar. 10(37):57-61. 20) Ehsani A., Esmaily N., Noormohammadpour P., Toosi S., Hosseinpour A., Hosseini M., et al. The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pityriasisrosea. *Indian J Dermatol.* 2010 Jul-Sep. 55(3):246-8. 21) Drago F., Vecchio F., Rebora A. Use of high-dose acyclovir in pityriasisrosea. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Jan. 54(1):82-5. 22) Rassai S, Feily A, Sina N, Abtahian S. Low dose of acyclovir may be an effective treatment against pityriasisrosea: a random investigator-blind clinical trial on 64 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011 Jan. 25(1):24-6. 23) Ganguly S. A Randomized, Double-blind,

Placebo-Controlled Study of Efficacy of Oral Acyclovir in the Treatment of Pityriasis Rosea. J Clin Diagn Res. 2014 May. 8(5):YC01-4. 24) Drago F, Rebora A. Treatments for pityriasis rosea. Skin Therapy Lett. 2009 Mar. 14(3):6-7. 25) Bhalla N, Tambe S, Zawar V, Joshi R, Jerajani H. Localized purpuric lesions in a case of classical pityriasis rosea. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2014 Nov-Dec. 80(6):551-3. 26) Zawar V, Godse K. Segmental lesions in pityriasis rosea: a rare presentation. Skinmed. 2011 Nov-Dec. 9(6):382-4. 27) Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. Am Fam Physician. 2004 Jan 1. 69(1):87-91. 28) Arndt KA, Paul BS, Stern RS, Parrish JA. Treatment of pityriasis rosea with UV radiation. Arch Dermatol. 1983 May. 119(5):381-2. 29) Leenutaphong V, Jiamton S. UVB phototherapy for pityriasis rosea: a bilateral comparison study. J Am Acad Dermatol. 1995 Dec. 33(6):996-9. 30) Lim SH, Kim SM, Oh BH, Ko JH, Lee YW, Choe YB, et al. Low-dose Ultraviolet A1 Phototherapy for Treating Pityriasis Rosea. Ann Dermatol. 2009 Aug. 21(3):230-6. 31) Большой справочник лекарственных средств. Под редакцией Зиганшиной Л.Е. 32) www.knf.kz

Информация

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА

Список разработчиков протокола:

- 1) Батпенова Гульнар Рыскельдиевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 2) Таркина Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 3) Джетписбаева Зульфия Сейтмагамбетовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
- 4) Цой Наталья Олеговна – PhD, ассистент кафедры общей врачебной практики интернатуры АО «Медицинский университет Астана».
- 5) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии АО «Медицинский университет Астана», врач клинической фармакологии.

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

Рецензенты:

- 1) Нурмухамбетов Жумаш Наскенович – доктор медицинских наук, профессор кафедры иммунологии и дерматовенерологии Государственного медицинского университета г. Семей.

Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.