

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

ТАШКЕНТ 2025



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

«*21*» *мая* 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

**ТАШКЕНТ 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

**Ташкент 2025**

## Вводная часть

### Коды по МКБ-10/11:

L43.0	Лишай гипертрофический красный плоский;	EA91.0 Лишай эруптивный красный плоский острый
L43.1	Лишай красный плоский буллезный;	EA91.1 Лишай гипертрофический красный плоский
L43.2	Лишаевидная реакция на лекарственное средство;	EA91.2 Фолликулярный красный плоский лишай
L43.3	Лишай красный плоский подострый (активный);	EA91.3 Красный плоский лишай кожи и слизистых оболочек гениталий
L43.8	Другой красный плоский лишай;	EA91.4 Красный плоский лишай и лихеноидные реакции слизистой оболочки полости рта
L43.9	Лишай красный плоский неуточненный	EA91.5 Красный плоский лишай ногтей
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>	EA91.6 Лишай красный плоский подострый
		EA91.Y Другой уточнённый красный плоский лишай
		EA91.Z Красный плоский лишай, неуточнённый тип
		<a href="https://mkb-11.com/?id=EA91">https://mkb-11.com/?id=EA91</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2027 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.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Якубов А.А.	Врач дерматовенеролог клиники, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Жаббаров М.М.	Заведующий 1-м отделением дерматологии	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Абдуллаев Д.Б.	Врач дерматовенеролог клиники, м.н.с.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
5.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

## Рецензенты:

1. Охлопков Виталий Александрович – профессор, ректор Института высшего и дополнительного профессионального образования Федерального научно-клинического центра реанимации и реабилитации Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.
2. Икрамова Наргиза Джурабаевна - методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов РСНПМЦДВиК МЗ РУз, кандидат медицинских наук.

## Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате \_\_\_\_\_ года (протокол №\_\_\_).

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	40
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	44

## Список сокращений

КПЛ	Красный плоский лишай
МКБ	Международная классификация болезней
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурокумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длинноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФО	Ультрафиолетовый облучатель
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	Нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

### 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 КПЛ в практику здравоохранения повсеместно.

**Категория пациентов в данной нозологии:** обследованию подлежат больные красным плоским лишаем

**Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.  
Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики  
(диагностических вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
<b>2</b>	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
<b>3</b>	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
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических,  
лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических,  
диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	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>B</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)
<b>C</b>	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)

## **Основная часть.**

### **Введение**

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### **Определение**

Красный плоский лишай (КПЛ) – Распространенное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек течение которого может быть как острым, так и хроническим [Клиническая дерматология и венерология. Арифов С.С. 2008 г. Ташкент].

### **Классификация**

#### **Клиническая классификация:**

Красный плоский лишай кожи

- типичная;
- гипертрофическая, или веррукозная;
- атрофическая;
- пигментная;
- буллезная
- эрозивно-язвенная;
- фолликулярная;
- кольцевидная

Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта и губ

- типичная;
- гиперкератотическая;
- экссудативно-гиперемическая;
- эрозивно-язвенная;
- буллезная.

Красный плоский лишай вульвы

- типичная;

- гипертрофическая;
- эрозивно-язвенная. [2-5]

### Клиническая картина заболевания

КПЛ характеризуется разнообразием клинических проявлений поражения кожи и слизистых оболочек, среди которых наиболее клинически значимо поражение слизистой оболочки полости рта.

#### **Красный плоский лишай кожи**

Поражение кожи при **типичной форме** красного плоского лишая характеризуется плоскими папулами диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (*симптом сетки Уикхема*).

Характерным признаком красного плоского лишая является склонность к сгруппированному расположению высыпаний с образованием колец, гирлянд, линий. Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреновой поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать новые папулы, располагающиеся более или менее густо. В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто – на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. В период обострения КПЛ наблюдается положительный **феномен Кебнера** (изоморфная реакция) – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

**Гипертрофическая форма** развивается преимущественно у мужчин в возрасте от 30 до 60 лет. Гипертрофическая форма КПЛ характеризуется образованием бляшек округлых или овальных очертаний, диаметром 4–7 см и более. Цвет бляшек – lividный с фиолетовым оттенком. Поверхность бляшек неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений. По периферии основных очагов поражения могут обнаруживаться мелкие фиолетово-красноватые узелки, характерные для типичной формы КПЛ. Бородавчатые разрастания сопровождаются интенсивным приступообразным зудом. Излюбленной локализацией гипертрофической формы КПЛ является передняя поверхность голени и тыльная поверхность стоп. Вероятность малигнизации при данной форме составляет 0.3-3.0%.

**Атрофическая форма** КПЛ формируется преимущественно в зависимости от локализации дерматоза и отличается исходом лихеноидных папул и бляшек КПЛ в атрофию. Поражение кожи чаще наблюдается на голове, туловище, в подмышечных впадинах и на половых органах. Высыпания немногочисленны, состоят из типичных узелков и атрофических пятен с лиловой и желтовато-бурой окраской. При их слиянии образуются синевато-буроватые атрофические бляшки размером от 1 до 2–3 см. Локализация КПЛ на волосистой части головы обуславливает формирование рубцовой алопеции, формирование которой характеризуется распространением атрофии от периферии к центру и наличием валика фиолетового цвета.

**Пигментная форма** КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, конечности) и характеризуется множественными бурными пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.

**Буллезная форма** КПЛ клинически характеризуется образованием пузырей на бляшках и папулах на эритематозных участках или на неповрежденной коже. Высыпания имеют различную величину, толстую напряженную покрывку, которая в дальнейшем

становится дряблой, морщинистой. Содержимое пузырей прозрачное, слегка опалесцирующее с желтоватым оттенком, местами - с примесью крови.

При **эрозивно-язвенной форме** КПЛ на коже и слизистых оболочках отмечаются эрозии, чаще с фестончатыми краями, размером от 1 до 4–5 см и более. Язвенные поражения встречаются редко, локализуются на нижних конечностях. Края язв плотные, розовато-синюшной окраски, возвышаются над уровнем окружающей здоровой кожи. Дно язв покрыто вялыми зернистыми грануляциями с некротическим налетом. (убрать)

**Фолликулярная форма** КПЛ характеризуется появлением преимущественно на коже туловища и внутренних поверхностей конечностей фолликулярных остроконечных папул, покрытых плотными роговыми шипиками. Сочетание фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как **синдром Грэма-Литтла-Лассюэра**.

**Кольцевидная форма** характеризуется появлением лихеноидных папул, формирующих кольцевидные или гирляндоподобные очаги на коже генитальной области чаще всего у мужчин. Данная форма заболевания, как правило, является дебютом дерматоза и чаще всего трансформируется в типичную форму.

#### **Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ**

При КПЛ высыпания чаще всего локализуются на слизистой оболочке в области щек, языка, губ, десен, реже – нёба, дна полости рта.

**Типичная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется мелкими папулами серовато-белого цвета до 2–3 мм в диаметре. Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева. Возможно появление бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию. Высыпания при этой форме редко сопровождаются субъективными симптомами.

**Гиперкератотическая форма** КПЛ отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек.

**Экссудативно-гиперемическая форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта отличается расположением типичных серовато-белых папул на гиперемированной и отечной слизистой оболочке.

**Эрозивно-язвенная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется наличием мелких единичных или множественных, занимающих большую площадь эрозий, реже – язв, неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого наблюдается кровотечение. Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно длительное существование возникших эрозий и язв, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании могут располагаться типичные для КПЛ папулы. Сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ, артериальной гипертензии и сахарного диабета известно как синдром Гриншпана. Данная форма КПЛ наиболее резистентна к проводимой терапии, а длительное существование эрозий и язв в полости рта и на губах может приводить к трансформации в плоскоклеточную карциному.

**Буллезная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей размером до 1–2 см в диаметре. Пузыри имеют плотную покрывку и могут существовать от нескольких часов до 2 суток. После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.

КПЛ слизистой оболочки полости рта рассматривается как потенциально предраковое состояние с возможностью развития плоскоклеточного рака. Описаны случаи развития плоскоклеточного рака в хронических очагах КПЛ аногенитальной области, пищевода, при гипертрофическом КПЛ.

#### **Поражение вульвы при КПЛ**

*Типичная форма* КПЛ вульвы развивается у 50% женщин с локализацией дерматоза на коже или в полости рта. В большинстве случаев протекает бессимптомно и характеризуется типичными лихеноидными папулами белесоватого цвета, образующих кружевной рисунок.

*Гипертрофическая форма* КПЛ вульвы встречается достаточно редко и локализуется на коже промежности или в перианальной области и никогда не обнаруживаются на слизистой влагалища. Данная форма КПЛ характеризуется бородавчатыми разрастаниями, которые могут изъязвляться или инфицироваться, в результате чего может появиться болезненность.

*Эрозивно-язвенная форма* КПЛ вульвы - наиболее часто встречаемое поражение в данной локализации. Средний возраст регистрации симптомов 55-60 лет. Наличие данной формы КПЛ сопровождается активными жалобами пациенток: боль, резь, диспареуния, посткоитальное кровотечение. Высыпания характеризуются появлением длительной незаживающих эрозий и язв, края которых отёчны и имеют тёмно-красную и фиолетовую окраску и окружены сетчатым рисунком, образованным за счет слияния типичных папул КПЛ. После заживления эрозий и язв образуются гипертрофические рубцы и синехии.

### **Другие формы КПЛ**

- Инверсная форма КПЛ характеризуется поражением крупных складок тела, в других областях высыпания могут отсутствовать.
- Каплевидная форма КПЛ: мелкие лихеноидные папулы широко рассеяны и остаются дискретными.
- Синдромы наложения (Overlap syndromes): поражения типа ДКВ и КПЛ на волосистой части головы, на коже шеи, верхней части туловища и конечностях. Возможна трансформация в СКВ.
- Лихеноидная реакция при болезни трансплантат против хозяина: клинически и гистологически идентичные поражениям при типичной форме КПЛ.
- Лихеноидный кератоз: макулопапулы от красного до коричневого цвета, иногда покрытые чешуйками на конечностях и в области грудины у женщин среднего и пожилого возраста.
- Красный плоский лишай, вызванный лекарственными препаратами. Поражения кожи идентично различным формам КПЛ, возникающие в результате приема следующих лекарственных средств: гипотензивные средства (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нифедипин, метилдопа), диуретики (45 - гидрохлоротиазид, фуросемид, спиронолактон), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (производные фенотиазина), противосудорожные препараты, противогрибковые лекарственные средства (кетоконазол), химиотерапевтические средства (гидроксимочевина, 5-фторурацил, иматиниб), противомаларийные средства (гидроксихлорохин), средства, содержащие сульфогруппу (сульфонилмочевинные гипогликемические средства, дапсон, мезалазин, сульфазол, радиоконтрастная среда, омепразол), ингибиторы фактора некроза опухолей (инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб), ингибиторы тирозинкиназы, мизопростол (простагландин E1)

## **Методы, подходы и процедуры диагностики**

### **Диагностические критерии**

Критерии установления диагноза/состояния: диагноз красный плоский лишай устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.

#### **1) Жалобы и анамнез:**

При типичной форме КПЛ с поражением кожи больных беспокоит зуд. Язвенные поражения кожи, наблюдающиеся при эрозивно-язвенной форме КПЛ, характеризуются

болезненностью, усиливающейся при ходьбе в случае локализации высыпаний на нижних конечностях.

Течение КПЛ с поражением кожи обычно благоприятное. Спонтанные ремиссии поражений кожи при КПЛ в течение 1 года после манифестации наблюдаются у 64–68% больных.

Субъективные ощущения при *типичной* форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют. При *гиперкератотической* форме КПЛ слизистой оболочки полости рта больные могут отмечать сухость во рту и незначительную боль при приеме горячей пищи. Больные с *экссудативно-гиперемической* формой КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечают болезненность при приеме пищи, особенно горячей и острой.

Спонтанные ремиссии КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечаются у 2,8–6,5% больных, что намного реже, чем при поражениях кожи. Средняя продолжительность существования высыпаний на слизистой оболочке полости рта при КПЛ составляет около 5 лет, однако эрозивная форма заболевания не склонна к спонтанному разрешению. Типичная форма заболевания с ретикулярным расположением высыпаний на слизистой оболочке полости рта имеет лучший прогноз, так как спонтанная ремиссия происходит в 40% случаях.

При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие красный плоский лишай у родственников.

## 2) Физикальное обследование:

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента.

Оценивается локализация, распространенность, цвет и характер высыпаний, определяется консистенция элементов сыпи при осмотре кожных покровов и слизистых оболочек полости рта и вульвы, пальпация элементов сыпи.

На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).

При фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как *синдром Грэма-Литтла-Лассюэра*.

В период обострения КПЛ можно наблюдать феномен Кебнера или изоморфная реакция - появление новых высыпаний в местах травматизации кожи, например, трения или давления. [27]

## Лабораторные исследования

<b>С 5</b>	для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и 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)
<b>С 5</b>	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, мочеви́на, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза в крови

**С**  
**5** для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция рН, 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**  
**5** для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови

**С**  
**5** для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови

*Комментарии: Результаты общего (клинического) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического, общего анализа мочи и антител и антигенов к вирусным гепатитам необходимы перед назначением системной терапии больных КПЛ для выявления противопоказаний к ней и во время системной терапии для выявления ее нежелательных эффектов.*

**С**  
**5**

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)

**С**  
**5**

- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Биохимические исследования крови
- Гистологическое исследование
- Кал на скрытую кровь
- Иммунологические исследования
- Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА
- Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика
- Микологическое исследование
- Исследование гормонов щитовидной железы
- Молекулярно-генетические исследования
- Проведение цитологического исследования
- Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови</li> <li>• Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови</li> </ul>
--	---

### Инструментальные исследования:

С 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Рекомендуется</b> для диагностики буллезной и эрозивно-язвенной форм КПЛ исследование биоптата кожи и слизистых оболочек с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции</li> <li>• <b>Рекомендуется</b> в случае изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта проведение цитологического исследования в целях дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырьчаткой</li> </ul>
--------	--

С 5	Для выявления противопоказаний к системной терапии, физиотерапии и контроля безопасности системной терапии рекомендуется УЗИ внутренних органов
--------	---

С 5	Дерматоскопия: сетка Уикхема и окружающие ее шпилькообразные и точечные сосуды, желто-коричневые и желто-синие точки, роговые пробки, милиумоподобные и комедоноподобные структуры
--------	--

### Дополнительное обследование

С 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Рекомендуется</b> при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения</li> <li>• Иммуногистохимическое исследование</li> </ul>
--------	---

### Показания для консультации специалистов

С 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Рекомендуется</b> консультация офтальмолога, эндокринолога, терапевта, гинеколога – перед назначением ПУВА-терапии, узкополосной средневолновой фототерапии для исключения противопоказаний к проведению фототерапии</li> <li>• <b>Рекомендуется</b> консультация офтальмолога – перед назначением антималярийных препаратов для исключения противопоказаний к терапии ими, а также в процессе лечения антималярийными препаратами 1 раз в 6 месяцев для контроля безопасности терапии, включая осмотр глазного дна</li> <li>• <b>Рекомендуется</b> консультация стоматолога – при изолированном поражении слизистой оболочки полости рта</li> <li>• <b>Рекомендуется</b> консультация психотерапевта невролога – при наличии угнетённого настроения, дисморфофобии.</li> </ul>
--------	---

### Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики
Псориаз	При псориазе папулы обычно покрыты серебристыми чешуйками, располагаются на локтях, коленях и волосистой части головы. Отсутствие сетки Уикхема (характерного для КПЛ). Положительный феномен Кебнера (обострение высыпаний после травмы кожи).
Парапсориаз	Папулы лентикулярные, округлые, розово-красног цвета, плоские с выраженными полигональными полями рисунка кожи. Чешуйки круглые, крупные, удаляются по типу «облатки».
Сифилис (папулезный сифилид)	При сифилисе папулы имеют медно-красный цвет, часто симметричны. Отсутствует зуд (в большинстве случаев). Положительный комплекс серологических реакций.
Многоформная экссудативная эритема	Элементы более крупные, с серозным содержимым, центральное разрешение. Часто ассоциирована с инфекциями (герпес) или приемом лекарств. Быстрое развитие симптомов.
Лейкоплакия (при поражении слизистых)	Лейкоплакия характеризуется стойкими, резко очерченными очагами. Обычно отсутствует зуд и болезненность.
Бородавчатый туберкулез кожи	Цвет высыпаний Буровато-красный с желтоватым оттенком. Поверхность Грубая, бородавчатая, с гиперкератозом. Локализация Преимущественно на открытых участках кожи, травмированных. Зуд Отсутствует или минимальный. Системные проявления Возможны признаки туберкулеза других органов. Лабораторные данные Положительная реакция Манту, выявление микобактерий (посев, ПЦР).

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

**Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях:**

**Немедикаментозное лечение:**

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров) В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи). [25]

## Физиотерапевтические процедуры:

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

Рекомендуются для лечения пациентов КПЛ с распространенными высыпаниями (средней и тяжелой степени тяжести) методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии с целью купирования клинических проявлений заболевания

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<b>С 3</b>	Селективная фототерапия (широкополосная 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 0,01-0,03 Дж/см <sup>2</sup> . Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-3-ю процедуру на 5-30%, или на 0,01-0,03 Дж/см <sup>2</sup> . На курс назначают 15-35 процедур
----------------	---

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<b>С 3</b>	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 <sup>2</sup> . 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 <sup>2</sup> , при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

<b>С 3</b>	УФВ волосистой части головы. Начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы (МЭД). При дозировании в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1-0,2 Дж/см <sup>2</sup> . Шаг увеличения дозы – на 10-20% от предыдущей, если пациент хорошо переносит терапию. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

*Комментарии: Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) является более эффективным методом УФВ-терапии по сравнению с селективной фототерапией. Узкополосная средневолновая терапия длиной волны 311 нм (УФВ-311) предпочтительна при незначительной инфильтрации в очагах поражения кожи.*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

<b>С 3</b>	ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение). При локализации высыпаний на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях (кроме локтевых и коленных суставов) и незначительной инфильтрации очагов поражения лечение начинают с дозы облучения, равной 1 минимальной эритемной дозы, при выраженной инфильтрации очагов - с дозы, равной 2. При локализации высыпаний на коже локтевых и коленных суставов и незначительной инфильтрации начальная доза облучения составляет 2 минимальной эритемной дозы, при наличии плотных инфильтрированных бляшек - 3. Повышение разовой дозы облучения
----------------	---

осуществляют каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 1 минимальной эритемной дозы, или 25% от предыдущей дозы. Лечение проводят с режимом 2-3 раза в неделю. На курс назначают 15-35 процедур

*Комментарии: Лечение ультрафиолетовым облучением кожи 308 нм (экцимерное УФ-облучение), показано, главным образом, при ограниченных формах КПЛ с площадью поражения не более 10% поверхности тела.*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

**С  
5**

Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для системного применения, которые принимают в дозе 0,6-0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5-2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50-70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25-1,0 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25-1,0 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 15-18 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 15-35 процедур

*Комментарии: ПУВА-терапия предпочтительна при выраженной инфильтрации в очагах поражения кожи.*

**С  
3**

Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с наружным применением фотосенсибилизаторов взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для местного применения, которые наносят на очаги поражения за 15-60 минут до облучения. Начальная доза УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,2-0,5 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-3-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,1-0,5 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 5-8 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 20-50 процедур

**С  
3**

УФО терапия. Начальная доза облучения составляет 25-50% от минимальной эритемной дозы (МЭД). При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,05–0,2 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 20-50 процедур

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

**В  
2**

ПУВА-ванны взрослым пациентам с водным раствором амми большой плодов фурукумарины. Начальная доза облучения УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы, или 0,3-0,6 Дж/см<sup>2</sup>. Как при общих, так и при локальных ПУВА- ваннах облучение проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,2-0,5

Дж/см<sup>2</sup>. У пациентов с I-II типом кожи дозирование проводят в диапазоне доз 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Дж/см<sup>2</sup>. У пациентов с III-VI типом кожи облучение проводят в диапазоне доз 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной.

Максимальная разовая доза облучения у пациентов с I-II типом кожи составляет 4,0 Дж/см<sup>2</sup>, у пациентов с III-VI типом кожи - 8,0 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 15-35 процедур

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения</li> <li>• ИК-лазер (при поражении слизистой оболочки рта)</li> <li>• Низкоуровневая светотерапия LLLT</li> </ul>
--------	--

<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бальнеотерапия с минеральными солями, травяными отварами</li> <li>• Пелоидотерапия</li> </ul>
--------	--

С 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмаферез</li> <li>• НИЛИ</li> <li>• Озонотерапия</li> </ul>
--------	---

#### 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 лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954">https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954</a>

	Цетиризин	таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb">https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</a>
	Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad">https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad</a>
	Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(C) <a href="https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86">https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86</a>
	Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119">https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119</a>  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/</a>
	Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B)  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/</a>  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/</a>
Гипосенсибилизирующие средства	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(B)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-">https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-</a>

			<a href="#">b43b-602ffc4d42b6</a>
	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.	(B)  <a href="https://mediq lab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a">https://mediq lab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a</a>
<b>Местная терапия</b>			
Кортикостероиды для лечения заболеваний кожи для наружного применения  I (очень высокая активность).	Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 2 раз в сутки; в течение 4-8 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 2 раза в сутки; в течение до 12 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
II (высокая активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C4)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C4)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинонид: 0,05%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>

III–IV (средняя активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Триамцинолона ацетонид: 0,1%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Бетаметазона валерат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
V (активность ниже средней). Один из списка.	Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Гидрокортизона пробутат 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
VI (низкая активность).	Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
VII (самая низкая активность)	Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>

			<a href="#">-planus</a>
Наружная терапия при эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки полости рта, губ и вульвы:	Алоэ древовидного листья	наружно, 2 раза в сутки; до 4 – х недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	холина салицилат + цеталкония хлорид	наружно, 1 см для взрослых и 0,5 см для детей, 2–3 раза в сутки до или после еды; до 4 недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	лидокаин + ромашки аптечной экстракт цветов	наружно, 0,5 см наносят 3 раза в сутки; до 4 недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
Ингибиторы кальциневрина	Пимекролимус – мазь	наружно 2 раза в сутки в виде тонким слоем	(B) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	Такролимус – мазь	взрослым 0,1% мазь наружно 2 раза в сутки тонким слоем в течении 3 месяцев, детям 0,03% мазь 2 раза в сутки тонким слоем не более 3 месяцев	(B) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
Кератолитики	Салициловая кислота	Для взрослых: мазь с концентрацией 2%, наносить наружно 2 раза в сутки тонким слоем, курс применения – не более 3 недель. Для детей: мазь с концентрацией 1%, наносить наружно 1–2 раза в сутки, курс применения не более 3 недель.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>

	Мочевина	Для взрослых: крем или мазь с концентрацией 10%, наносить наружно 2 раза в сутки тонким слоем, курс применения – до 1 месяца. Для детей: крем или мазь с концентрацией 5%, наносить наружно 1 раз в сутки, курс применения – до 1 месяца.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Салициловая кислота + бетаметазон	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3-х недель	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Салициловая кислота + мометазон	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3-х недель	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Скинкеа	Только для местного наружного применения. Нанести крем легкими массирующими движениями на пораженный участок кожи, применять 2-3 раза в день.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>

**Таблица-2**

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

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Противомалярийное средство	Гидроксихлорохин	Внутрь. 200 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid</a>

			<a href="#">=m4qm93w2fh9405770</a>
	Хлорохин	Внутрь. 250 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
Системные ГКС	Преднизолон	Внутрь. 20–30 мг/сутки в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
	Бетаметазон	1 мл 1 раз в 2–3 недели в/м или внутривенно, на курс 3–4 инъекции	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
Фотосенсибилизирующие средства	Метоксален	Мазь 0.75%. Наносят на точно определенные участки витилиго за 30-60 минут до облучения длинноволновым ультрафиолетовым спектром (длина волны 320–400 нм) из соответствующего источника или солнечными лучами.  Таблетки 10 мг. Внутрь. За 1,5-2 ч до сеанса УФ-облучения. Доза подбирается индивидуально, в зависимости от массы тела пациента, 0.6 мг/кг	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>

Иммунодепрессанты	Циклоспорин	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Системные ретиноиды	Ацитретин	Назначают в начальной суточной дозе 25 мг или 30 мг в сутки; препарат принимают один раз в сутки во время еды или с молоком; длительность приема 3-8 недели. У детей суточная доза зависит от массы тела и составляет около 0,5 мг/кг. В некоторых случаях на ограниченное время могут потребоваться более высокие дозы, до 1 мг/кг в сутки (не более 35 мг/сутки).	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Антиметаболиты	Метотрексат	15–20 мг в неделю в течение 4–15 недель	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Фолиевая кислота (при применении метотрексата)	внутри после еды взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг (5 таблеток)  Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки Максимальная суточная доза — 2 мг (2 таблетки)	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>

		Курс лечения составляет 20–30 дней	
Сульфаниламиды	Дапсон	Средняя доза препарата составляет 50–100 мг дапсона, т.е. 1–2 таблетки в день, 6 дней в неделю.	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Сульфасалазин	Внутрь, после еды. 1.5-3 г/сут. Режим дозирования определяется индивидуально в зависимости от показаний и от возраста.	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
Иммунодепрессанты	Микофенолата мофетил	0,5 г два раза в день в течение четырёх недель, а затем 1 г два раза в день в течение как минимум 20 недель	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Апремиласт	Внутрь. взрослым пациентам по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом примерно 12 часов перорально в зависимости от времени приема пищи. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется	(C) <a href="https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691">https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691</a>
	Устекинумаб	взрослым пациентам подкожно 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. В случае недостаточной клинической эффективности при применении каждые 12 недель, следует увеличить дозу препарата до 90 мг каждые 12 недель. Если такой режим дозирования не эффективен, дозу препарата 90 мг следует вводить каждые 8 недель	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>

	Гуселькумаб	Рекомендуемая доза составляет 100 мг в виде подкожных инъекций. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 8 недель.	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>
	Адалимумаб	Взрослым и детям с 4-х лет подкожно в область бедра или живота в начальной дозе 80 мг, поддерживающая доза - по 40 мг 1 раз в 2 недели, начиная через неделю после начальной дозы	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/</a>
	Ритуксимаб	внутривенно 375 мг/м <sup>2</sup> раз в неделю в течение 4 или 8 доз	(C) <a href="https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/rapid_and_complete_resolution_of_lichen_planopilaris_in_juvenile_chronic_arthritis_treated_with_rituximab_287742/article.phtml">https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/rapid_and_complete_resolution_of_lichen_planopilaris_in_juvenile_chronic_arthritis_treated_with_rituximab_287742/article.phtml</a>
Селективный иммунодепрессант (ингибиторы ФНО-альфа)	Этанерцепт	Взрослым п/к по 25 мг дважды в неделю с интервалом 3–4 дня. Возможно введение 50 мг препарата один раз в неделю путем однократной п/к инъекции. В качестве альтернативы этанерцепт можно применять по 50 мг дважды в неделю на протяжении не более 12 недель. При необходимости продолжения лечения этанерцепт следует вводить в дозе 25 мг дважды в неделю или 50 мг один раз в неделю. Терапию следует проводить до достижения ремиссии и, как правило,	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>

		<p>не более 24 недель. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.</p> <p>У детей 6 лет и старше доза определяется из расчета 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг).</p> <p>Препарат вводится 1 раз в нед. подкожно, до тех пор, пока не будет достигнута ремиссия, как правило, не более 24 нед. Лечение препаратом следует прекратить, если после 12 нед. терапии не наблюдается положительной динамики симптомов. При необходимости повторного назначения этанерцепта, следует соблюдать длительность лечения, указанную выше.</p> <p>Доза препарата – 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг) 1 раз в нед. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.</p>	
Антибактериальные средства	Цефтриаксон	порошок для приготовления раствора для в/в и в/м введения 1 г	(A) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Цефуроксим	порошок для приготовления раствора для инъекций в комплекте с растворителем 250 мг, 750 мг, 1500 мг	(A) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Тетрациклин	При приеме внутрь разовая доза для взрослых может составлять от 300 мг до 1.5 г в зависимости от показаний, функции почек и применяемой схемы лечения.	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/</a>

		Детям старше 8 лет - по 20-25 мг/кг каждые 6 ч.	
	Доксициклин	Внутрь, у взрослых и детей старше 12 лет с массой тела более 45 кг средняя суточная доза - 200 мг в первый день (делится на 2 приема - по 100 мг 2 раза в сутки), далее по 100 мг/сут.	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/</a>
Противомикробное и противопротозойное средство	Метронидазол	250 мг каждые 8 часов в течение 12 недель	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/</a>
Антидепрессанты	Доксепин	Внутрь. При умеренно выраженной степени депрессии и/или тревожности начальная доза составляет 75 мг/сут. В дальнейшем индивидуально подбирают эффективную дозу, которая обычно составляет 75-150 мг/сут. Увеличение дозы проводят постепенно. При значительно выраженной депрессии и/или тревожности эффективная доза может достигать 300 мг/сут. У больных с минимально выраженными нарушениями могут оказаться эффективными меньшие дозы - 25-50 мг/сут. Кратность приема - 1-2 раза/сут (при однократном приеме в течение дня доза доксепина не должна превышать 150 мг). При расстройствах сна большую часть суточной дозы принимают вечером.	(B) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Миртазапин	Внутрь 15-45 мг/сут преимущественно 1 раз/сут перед сном. Дозу постепенно увеличивают до 30-45 мг/сут. Антидепрессивный эффект	(B) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>

		<p>развивается постепенно, обычно через 2-3 недели от начала лечения, однако прием следует продолжать еще в течение 4-6 месяцев. Если в течение 6-8 недель лечения терапевтического эффекта не отмечается, лечение следует прекратить.</p> <p>Отмену миртазапина проводят постепенно.</p>	
	Пароксетин	<p>Рекомендуется принимать 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая</p> <p>Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.</p>	<p>(B)</p> <p><a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a></p>
Анксиолитики	Гидроксизин	<p>Внутрь. По 12.5-50мг/сут</p> <p>Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг.</p> <p>У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза.</p> <p>Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени</p>	<p>(C)</p> <p><a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a></p>

		тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	
Седативные препараты	Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
	Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Гепатопротекторы	Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии.  Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	(C) <a href="https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084">https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084</a>
	Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1.  При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/</a>

		Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	
	Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки  взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием  детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	(C)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1">https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</a>
	Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день  в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день  внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	(C)  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/</a>
	Глутатион	Глутатион в/м, в/в медленно (2-3минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день.  Внутрь. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком.	(C)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47">https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47</a>

		Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.	
Витаминотерапия	Цианокобаламин (Витамин В12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.  В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	в/м (глубоко)  Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы  Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>

		Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	
	Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут.  Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Альфа-токоферола ацетат (Витамин E)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Витамин А + E	внутри после еды в дозировке витамин E по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ  33 000–100 000 МЕ/сут	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутрь, в/м, в/в  Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(ОН)D <20 нг/мл)  - 50 000 МЕ еженедельно в	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>

		<p>течение 8 недель внутрь</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь</li> <li>- 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь</li> <li>- 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь</li> </ul> <p>Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D <math>\geq</math>20 и &lt;30 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь</li> <li>- 200 000 МЕ однократно внутрь</li> <li>- 150 000 МЕ однократно внутрь</li> <li>- 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь</li> </ul> <p>Поддержание уровней витамина D <math>\geq</math>30 нг/мл</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь</li> <li>- 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь</li> </ul>	<p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/020-01229-w">1186/s12903-020-01229-w</a></p>
Иммуномодуляторы	рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	<p>У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p> <p>У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p> <p>У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p>	<p>В</p> <p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a></p>
	Инозин пранобекс	<p>внутри, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней</p>	<p>В</p> <p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a213">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a213</a></p>

			<a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b96b1c3/docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">4b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Азоксимера бромид	внутри, после еды, 6 мг 2 раза в день или 12 мг один раз в день в течении 10 дней	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

**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.

## **Организация оказания медицинской помощи**

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики при выявлении у больных высыпаний на коже, симптомов или признаков КПЛ направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: дневной и круглосуточный стационар:

- неэффективность проводимого ранее лечения;
- необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- необходимость проведения поддерживающей терапии иммунодепрессантами;
- распространенные и тяжелые поражения кожи и слизистых оболочек, в том числе гиперкератотические, буллезные, эрозивно-язвенные;

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.[3]

## **Индикаторы эффективности лечения:**

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже;
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

## ТАШКЕНТ – 2024

### Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### Определение

Красный плоский лишай (КПЛ) – Распространенное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек течение которого может быть как острым, так и хроническим [Клиническая дерматология и венерология. Арифов С.С. 2008 г. Ташкент].

Генно-инженерные биологические препараты относительно недавно применяются в дерматологической практике для лечения КПЛ. Механизм их действия заключается в том, что они специфически связываются с белковыми структурами, которые экспрессируются на активированных Т-лимфоцитах. Учитывая, что IL-17 может принимать участие в патогенезе КПЛ, F. Solimani et al. (2019) впервые воздействовали на клетки Th17/Tc17 посредством блокирования IL-17A с помощью моноклонального антитела секукинумабом у 3 пациентов с КПЛ, путем ингибирования оси Th17/Tc17 **устекинумабом** — у 1 больного (анти-IL-12/IL-

23) и **гуселькумабом** у еще 1 исследуемого (анти-IL-23). Такое лечение привело к заметному и длительному клиническому улучшению слизистой оболочки полости рта и кожи у больных КПЛ. Несмотря на полученные результаты, необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности профиля безопасности данных препаратов [38]. Учитывая важную роль фактора некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) в патогенезе КПЛ, целесообразным является назначение препаратов, блокирующих его активность (**адалимумаб, этанерцепт**). Однако в литературе представлены противоречивые данные в отношении его применения при данной патологии. В частности, описаны многочисленные случаи КПЛ, возникшего в результате приема ингибиторов TNF- $\alpha$ . В то же время несколько сообщений свидетельствуют об их эффективности в отношении данного дерматоза.

Топические стероиды (сильнодействующие и высокоактивные, такие как триамцинолона ацетонид, флуоцинолона ацетонид, бетаметазона дипропионат и клобетазола пропионат) или триамцинолон для внутрикожных инъекций, особенно при гипертрофических или невосприимчивых к лечению поражениях (5–20 мг/мл каждые 2–4 недели)

Системные кортикостероиды (пероральный прием или внутримышечные инъекции) Если поражения не поддаются местному лечению, назначают пероральный прием преднизолона в дозе 30–80 мг/день в течение 4–6 недель или внутримышечные инъекции триамцинолона в дозе 40–80 мг каждые 6–8 недель.

Ацитретин 20–35 мг/день или изотретиноин

Пероральный прием циклоспорина (3–5 мг/кг/день )

### **Симптоматическое лечение**

Пероральные Антигистаминные препараты

Седативные антигистаминные препараты могут быть более эффективными при сильном зуде, но побочные эффекты (проблемы с безопасностью/нарушение сна/несчастные случаи) сводят к минимуму их применение.

### **Местные противозудные средства**

Ментол, камфора, доксепин, полидоканол и т. д. могут назначаться в качестве дополнения к основному лечению.

### **Лечение КПЛ слизистой оболочки полости рта**

Слизистую форму КПЛ часто трудно поддается лечению, особенно при наличии изъязвлений и эрозий. В течение многих лет методы лечения слизистой формы КПЛ были направлены на облегчение, а не на устранение симптомов в полости рта. Однако современные методы лечения должны быть направлены на устранение симптомов и потенциальное снижение риска злокачественной трансформации.

### **Общие меры**

Основываясь на результатах исследований и мнениях экспертов, можно обсудить меры общего ухода до начала и во время лечения. Пациентов следует информировать о необходимости соблюдать гигиену полости рта и избегать травм слизистой оболочки. В зависимости от тяжести заболевания некоторым пациентам с красным плоским лишаем полости рта может быть показана регулярная личная и профессиональная

стоматологическая гигиена, замена амальгамовых или золотых зубных пломб, отказ от курения, острой пищи и алкоголя.

Если предполагается, что причиной лихеноидных поражений полости рта является системный препарат, врач должен заменить его другим лекарственным средством.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

### **Озонотерапия**

Озонотерапия является широко применяемым методом, в том числе и в дерматологии. Антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие озона делает его применение патогенетически обоснованным в терапии различных кожных заболеваний.

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

### **Внутривенного лазерного облучения крови (НИЛИ)**

Внутривенное лазерное облучение крови — один из методов ее очищения, который заключается в обработке крови световой волной прямо внутри кровеносной системы без вывода из организма пациента.

Световые волны способны воздействовать комплексно, нормализуя работу различных систем и обменных процессов организма.

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

### **Плазмаферез**

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

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/>

**Хирургическое вмешательство:** не проводится [3]

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО  
НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

## ТАШКЕНТ – 2024

### Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### Общие меры

Основываясь на результатах исследований и мнениях экспертов, можно обсудить меры общего ухода до начала и во время лечения. Пациентов следует информировать о необходимости соблюдать гигиену полости рта и избегать травм слизистой оболочки. В зависимости от тяжести заболевания некоторым пациентам с красным плоским лишаем полости рта может быть показана регулярная личная и профессиональная

стоматологическая гигиена, замена амальгамовых или золотых зубных пломб, отказ от курения, острой пищи и алкоголя.

Если предполагается, что причиной лихеноидных поражений полости рта является системный препарат, врач должен заменить его другим лекарственным средством.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

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

Диспансерное наблюдение пациентов с КПЛ проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров[3]

#### **Дальнейшее ведение:**

Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

### **Список литературы**

1. Teng C.T., Tan C.H., Goh S.L. et al. A randomized controlled trial to compare calcipotriol with betamethasone valerate for the treatment of cutaneous lichen planus. *J Dermatol Treat* 2004; 15 (3): 141–145.
2. Oliver G.F., Winkelmann R.K. Treatment of lichen planus. *Drugs* 1993; 45: 56–65.
3. Cribier B., Frances C., Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1521–1530.
4. Marsden C.W. Fluocinonide acetone 0,2% cream: a cooperative clinical trial. *Br J Dermatol* 1968; 80: 614–617.
5. Kellett J.K., Ead R.D. Treatment of lichen planus with a short course of oral prednisolone. *Br J Dermatol* 1990; 123: 550–551.
6. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены. В: Клиническая дерматовенерология. / под ред. Ю.К Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. - С.184—211.
7. Pitche P, Saka B, Kombate K, Tchangai-Walla K. Treatment of generalized cutaneous lichen planus with dipropionate and betamethasone disodium phosphate: an open study of 73 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134 (3 Pt 1): 237–240.
8. Usatine R.P., Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. 2011; 84 (1): 53–60.

9. Saricaoglu H., Karadogan S.K., Baskan E.B., Tunali S. Narrowband UVB therapy in the treatment of lichen planus. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19 (5): 265–267.
10. Habib F., Stoebner P.E., Picot E. et al. Narrow band UVB phototherapy in the treatment of widespread lichen planus. *Ann Dermatol Venereol.* 2005; 132 (1): 17–20.
11. Pavlotsky F., Nathansohn N., Kriger G. et al. Ultraviolet-B treatment for cutaneous lichen planus: our experience with 50 patients. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008; 24: 83–86.
12. Irajii F., Faghihi G., Asilian A. et al. Comparison of the narrow band UVB versus systemic corticosteroids in the treatment of lichen planus: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci* 2011; 16 (12): 1578–1582.
13. Gonzalez E., Momtaze-T K., Freedman S. Bilateral comparison of generalized lichen planus treated with psoralens and ultraviolet A. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 958–961.
14. Ortonne J.P., Thivolet J., Sannwald C. Oral photochemotherapy in the treatment of lichen planus. *Br J Dermatol* 1978; 99: 315–318.
15. Narwutsch M., Sladeczek M. PUVA-Therapie des Lichen ruber planus: eine histologische Studie. *Dermatol Monatschr* 1986; 172: 133–144.
16. Helander I., Jansen C.T., Meurman L. Long-term efficacy of PUVA treatment in lichen planus: comparison of oral and external methoxsalen regimens. *Photodermatology* 1987; 4: 265–268.
17. Von Kobyletzki G., Gruss C., Altmeyer P., Kerscher M. Balneophotochemotherapie des Lichen ruber: Einige Ergebnisse und Vergleich mit bisher angewandten Photochemotherapiemodalitäten. *Hautarzt* 1997; 48: 323–327.
18. Kerscher M., Volkenandt M., Lehman P. et al. PUVA-bath photochemotherapy of lichen planus. *Arch Dermatol* 1995; 131: 1210–1211.
19. Tyldesley W.R., Harding S.M. Betamethasone valerate aerosol in the treatment of oral lichen planus. *Br J Dermatol* 1977; 96: 659–662.
20. Malhotra A.K., Khaitan B.K., Sethuraman G., Sharma V.K. Betamethasone oral minipulse therapy compared with topical triamcinolone acetonide (0.1%) paste in oral lichen planus: a randomized comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 596–602.
21. Buajeeb W, Kraivaphan P, Poburksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 21–25.

22. Voûte A.B., Schulten E.A., Langendijk P.N. et al. Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75 (2): 181–185.
23. Corrocher G., Di Lorenzo G., Martinelli N. et al. Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 2008;35 (3): 244–249.
24. Carbone M., Arduino P.G., Carrozzo M. et al. Topical clobetasol in the treatment of atrophicerosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. *J Oral Pathol Med* 2009;38 (2): 227–233.
25. Giustina T.A., Stewart J.C., Ellis C.N. et al. Topical application of isotretinoin gel improves oral lichen planus: a doubleblind study. *Arch Dermatol* 1986; 122: 534–536.
26. Choonhakarn C., Busaracome P., Sripanidkulchai B., Sarakarn P. The efficacy of aloe vera gel in the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 158 (3): 573–577.
27. Salazar-Sanchez N., Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F. et al. Efficacy of topical aloe vera in patients with oral lichen planus: a randomized double-blind study. *J Oral Pathol Med* 2010; 39: 735–740.
28. Lodi G., Scully C., Carrozzo M. et al. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 164–178.
29. Brice S.L., Barr R.J., Rattet J.P. Childhood lichen planus: a question of therapy. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 370–376.
30. Laurberg G., Geiger J.M., Hjorth N. et al. Treatment of lichen planus with acitretin: a double blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 434–437.
31. Viglioglia P.A., Villanueva C.R., Martorano A.D. et al. Efficacy of acitretin in severe cutaneous lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 852–853.
32. Brockow K., Abek D., Haupt G., Ring J. Exanthemous lichen planus in a child: response to acitretin. *Br J Dermatol* 1997; 136: 287–289.
33. Higgins E.M., Munro C.S., Friedmann P.S., Marks J.M. Cyclosporin A in the treatment of lichen planus. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1436.
34. Ho V.C., Gupta A.K., Ellis C.N. et al. Treatment of severe lichen planus with cyclosporine. *J*

Am Acad Dermatol 1990; 22: 64–68.

35. Pigatto P.D., Chiapino G., Bigardi A. et al. Cyclosporin A for treatment of severe lichen planus. Br J Dermatol 1990; 122 (1): 121–123.

<https://mkb-10.com/index.php?pid=11157>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/>

<https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426>

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

**Ташкент 2025**

## Вводная часть

### Коды по МКБ-10/11:

L43.0	Лишай гипертрофический красный плоский;	EA91.0 Лишай эруптивный красный плоский острый
L43.1	Лишай красный плоский буллезный;	EA91.1 Лишай гипертрофический красный плоский
L43.2	Лишаевидная реакция на лекарственное средство;	EA91.2 Фолликулярный красный плоский лишай
L43.3	Лишай красный плоский подострый (активный);	EA91.3 Красный плоский лишай кожи и слизистых оболочек гениталий
L43.8	Другой красный плоский лишай;	EA91.4 Красный плоский лишай и лихеноидные реакции слизистой оболочки полости рта
L43.9	Лишай красный плоский неуточненный	EA91.5 Красный плоский лишай ногтей
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>	EA91.6 Лишай красный плоский подострый
		EA91.Y Другой уточнённый красный плоский лишай
		EA91.Z Красный плоский лишай, неуточнённый тип
		<a href="https://mkb-11.com/?id=EA91">https://mkb-11.com/?id=EA91</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2027 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.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Якубов А.А.	Врач дерматовенеролог клиники, к.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Жаббаров М.М.	Заведующий 1-м отделением дерматологии	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Абдуллаев Д.Б.	Врач дерматовенеролог клиники, м.н.с.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
5.	Боходирова А.А.	Ученый секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

## Рецензенты:

1. Охлопков Виталий Александрович – профессор, ректор Института высшего и дополнительного профессионального образования Федерального научно-клинического центра реанимации и реабилитации Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.
2. Икрамова Наргиза Джурабаевна - методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов РСНПМЦДВиК МЗ РУз, кандидат медицинских наук.

## Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате \_\_\_\_\_ года (протокол №\_\_\_).

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	40
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» .....	44

## Список сокращений

КПЛ	Красный плоский лишай
МКБ	Международная классификация болезней
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурокумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длинноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФО	Ультрафиолетовый облучатель
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	Нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

### 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 КПЛ в практику здравоохранения повсеместно.

**Категория пациентов в данной нозологии:** обследованию подлежат больные красным плоским лишаем

**Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.  
Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики  
(диагностических вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
<b>2</b>	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
<b>3</b>	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
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических,  
лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических,  
диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	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>B</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)
<b>C</b>	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)

## **Основная часть.**

### **Введение**

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### **Определение**

Красный плоский лишай (КПЛ) – Распространенное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек течение которого может быть как острым, так и хроническим [Клиническая дерматология и венерология. Арифов С.С. 2008 г. Ташкент].

### **Классификация**

#### **Клиническая классификация:**

Красный плоский лишай кожи

- типичная;
- гипертрофическая, или веррукозная;
- атрофическая;
- пигментная;
- буллезная
- эрозивно-язвенная;
- фолликулярная;
- кольцевидная

Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта и губ

- типичная;
- гиперкератотическая;
- экссудативно-гиперемическая;
- эрозивно-язвенная;
- буллезная.

Красный плоский лишай вульвы

- типичная;

- гипертрофическая;
- эрозивно-язвенная. [2-5]

### Клиническая картина заболевания

КПЛ характеризуется разнообразием клинических проявлений поражения кожи и слизистых оболочек, среди которых наиболее клинически значимо поражение слизистой оболочки полости рта.

#### **Красный плоский лишай кожи**

Поражение кожи при **типичной форме** красного плоского лишая характеризуется плоскими папулами диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (*симптом сетки Уикхема*).

Характерным признаком красного плоского лишая является склонность к сгруппированному расположению высыпаний с образованием колец, гирлянд, линий. Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреновой поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать новые папулы, располагающиеся более или менее густо. В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто – на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. В период обострения КПЛ наблюдается положительный **феномен Кебнера** (изоморфная реакция) – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

**Гипертрофическая форма** развивается преимущественно у мужчин в возрасте от 30 до 60 лет. Гипертрофическая форма КПЛ характеризуется образованием бляшек округлых или овальных очертаний, диаметром 4–7 см и более. Цвет бляшек – lividный с фиолетовым оттенком. Поверхность бляшек неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений. По периферии основных очагов поражения могут обнаруживаться мелкие фиолетово-красноватые узелки, характерные для типичной формы КПЛ. Бородавчатые разрастания сопровождаются интенсивным приступообразным зудом. Излюбленной локализацией гипертрофической формы КПЛ является передняя поверхность голени и тыльная поверхность стоп. Вероятность малигнизации при данной форме составляет 0.3-3.0%.

**Атрофическая форма** КПЛ формируется преимущественно в зависимости от локализации дерматоза и отличается исходом лихеноидных папул и бляшек КПЛ в атрофию. Поражение кожи чаще наблюдается на голове, туловище, в подмышечных впадинах и на половых органах. Высыпания немногочисленны, состоят из типичных узелков и атрофических пятен с лиловой и желтовато-бурой окраской. При их слиянии образуются синевато-буроватые атрофические бляшки размером от 1 до 2–3 см. Локализация КПЛ на волосистой части головы обуславливает формирование рубцовой алопеции, формирование которой характеризуется распространением атрофии от периферии к центру и наличием валика фиолетового цвета.

**Пигментная форма** КПЛ возникает остро, поражает значительную поверхность кожного покрова (туловище, конечности) и характеризуется множественными бурными пятнистыми высыпаниями, которые сливаются в диффузные очаги поражения. При этом можно обнаружить как узелки, характерные для типичной формы КПЛ, так и пигментированные элементы.

**Буллезная форма** КПЛ клинически характеризуется образованием пузырей на бляшках и папулах на эритематозных участках или на неповрежденной коже. Высыпания имеют различную величину, толстую напряженную покрывку, которая в дальнейшем

становится дряблой, морщинистой. Содержимое пузырей прозрачное, слегка опалесцирующее с желтоватым оттенком, местами - с примесью крови.

При **эрозивно-язвенной форме** КПЛ на коже и слизистых оболочках отмечаются эрозии, чаще с фестончатыми краями, размером от 1 до 4–5 см и более. Язвенные поражения встречаются редко, локализуются на нижних конечностях. Края язв плотные, розовато-синюшной окраски, возвышаются над уровнем окружающей здоровой кожи. Дно язв покрыто вялыми зернистыми грануляциями с некротическим налетом. (убрать)

**Фолликулярная форма** КПЛ характеризуется появлением преимущественно на коже туловища и внутренних поверхностей конечностей фолликулярных остроконечных папул, покрытых плотными роговыми шипиками. Сочетание фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как **синдром Грэма-Литтла-Лассюэра**.

**Кольцевидная форма** характеризуется появлением лихеноидных папул, формирующих кольцевидные или гирляндоподобные очаги на коже генитальной области чаще всего у мужчин. Данная форма заболевания, как правило, является дебютом дерматоза и чаще всего трансформируется в типичную форму.

#### **Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ**

При КПЛ высыпания чаще всего локализуются на слизистой оболочке в области щек, языка, губ, десен, реже – нёба, дна полости рта.

**Типичная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется мелкими папулами серовато-белого цвета до 2–3 мм в диаметре. Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева. Возможно появление бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию. Высыпания при этой форме редко сопровождаются субъективными симптомами.

**Гиперкератотическая форма** КПЛ отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек.

**Экссудативно-гиперемическая форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта отличается расположением типичных серовато-белых папул на гиперемированной и отечной слизистой оболочке.

**Эрозивно-язвенная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется наличием мелких единичных или множественных, занимающих большую площадь эрозий, реже – язв, неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого наблюдается кровотечение. Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно длительное существование возникших эрозий и язв, вокруг которых на гиперемированном и отечном основании могут располагаться типичные для КПЛ папулы. Сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ, артериальной гипертензии и сахарного диабета известно как синдром Гриншпана. Данная форма КПЛ наиболее резистентна к проводимой терапии, а длительное существование эрозий и язв в полости рта и на губах может приводить к трансформации в плоскоклеточную карциному.

**Буллезная форма** КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей размером до 1–2 см в диаметре. Пузыри имеют плотную покрывку и могут существовать от нескольких часов до 2 суток. После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.

КПЛ слизистой оболочки полости рта рассматривается как потенциально предраковое состояние с возможностью развития плоскоклеточного рака. Описаны случаи развития плоскоклеточного рака в хронических очагах КПЛ аногенитальной области, пищевода, при гипертрофическом КПЛ.

#### **Поражение вульвы при КПЛ**

*Типичная форма* КПЛ вульвы развивается у 50% женщин с локализацией дерматоза на коже или в полости рта. В большинстве случаев протекает бессимптомно и характеризуется типичными лихеноидными папулами белесоватого цвета, образующих кружевной рисунок.

*Гипертрофическая форма* КПЛ вульвы встречается достаточно редко и локализуется на коже промежности или в перианальной области и никогда не обнаруживаются на слизистой влагалища. Данная форма КПЛ характеризуется бородавчатыми разрастаниями, которые могут изъязвляться или инфицироваться, в результате чего может появиться болезненность.

*Эрозивно-язвенная форма* КПЛ вульвы - наиболее часто встречаемое поражение в данной локализации. Средний возраст регистрации симптомов 55-60 лет. Наличие данной формы КПЛ сопровождается активными жалобами пациенток: боль, резь, диспареуния, посткоитальное кровотечение. Высыпания характеризуются появлением длительной незаживающих эрозий и язв, края которых отёчны и имеют тёмно-красную и фиолетовую окраску и окружены сетчатым рисунком, образованным за счет слияния типичных папул КПЛ. После заживления эрозий и язв образуются гипертрофические рубцы и синехии.

### **Другие формы КПЛ**

- Инверсная форма КПЛ характеризуется поражением крупных складок тела, в других областях высыпания могут отсутствовать.
- Каплевидная форма КПЛ: мелкие лихеноидные папулы широко рассеяны и остаются дискретными.
- Синдромы наложения (Overlap syndromes): поражения типа ДКВ и КПЛ на волосистой части головы, на коже шеи, верхней части туловища и конечностях. Возможна трансформация в СКВ.
- Лихеноидная реакция при болезни трансплантат против хозяина: клинически и гистологически идентичные поражениям при типичной форме КПЛ.
- Лихеноидный кератоз: макулопапулы от красного до коричневого цвета, иногда покрытые чешуйками на конечностях и в области грудины у женщин среднего и пожилого возраста.
- Красный плоский лишай, вызванный лекарственными препаратами. Поражения кожи идентично различным формам КПЛ, возникающие в результате приема следующих лекарственных средств: гипотензивные средства (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нифедипин, метилдопа), диуретики (45 - гидрохлоротиазид, фуросемид, спиронолактон), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (производные фенотиазина), противосудорожные препараты, противогрибковые лекарственные средства (кетоконазол), химиотерапевтические средства (гидроксимочевина, 5-фторурацил, иматиниб), противомаларийные средства (гидроксихлорохин), средства, содержащие сульфогруппу (сульфонилмочевинные гипогликемические средства, дапсон, мезалазин, сульфазол, радиоконтрастная среда, омепразол), ингибиторы фактора некроза опухолей (инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб), ингибиторы тирозинкиназы, мизопростол (простагландин E1)

## **Методы, подходы и процедуры диагностики**

### **Диагностические критерии**

Критерии установления диагноза/состояния: диагноз красный плоский лишай устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.

#### **1) Жалобы и анамнез:**

При типичной форме КПЛ с поражением кожи больных беспокоит зуд. Язвенные поражения кожи, наблюдающиеся при эрозивно-язвенной форме КПЛ, характеризуются

болезненностью, усиливающейся при ходьбе в случае локализации высыпаний на нижних конечностях.

Течение КПЛ с поражением кожи обычно благоприятное. Спонтанные ремиссии поражений кожи при КПЛ в течение 1 года после манифестации наблюдаются у 64–68% больных.

Субъективные ощущения при *типичной* форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют. При *гиперкератотической* форме КПЛ слизистой оболочки полости рта больные могут отмечать сухость во рту и незначительную боль при приеме горячей пищи. Больные с *экссудативно-гиперемической* формой КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечают болезненность при приеме пищи, особенно горячей и острой.

Спонтанные ремиссии КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечаются у 2,8–6,5% больных, что намного реже, чем при поражениях кожи. Средняя продолжительность существования высыпаний на слизистой оболочке полости рта при КПЛ составляет около 5 лет, однако эрозивная форма заболевания не склонна к спонтанному разрешению. Типичная форма заболевания с ретикулярным расположением высыпаний на слизистой оболочке полости рта имеет лучший прогноз, так как спонтанная ремиссия происходит в 40% случаях.

При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие красный плоский лишай у родственников.

## 2) Физикальное обследование:

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента.

Оценивается локализация, распространенность, цвет и характер высыпаний, определяется консистенция элементов сыпи при осмотре кожных покровов и слизистых оболочек полости рта и вульвы, пальпация элементов сыпи.

На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).

При фолликулярной формы КПЛ, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как *синдром Грэма-Литтла-Лассюэра*.

В период обострения КПЛ можно наблюдать феномен Кебнера или изоморфная реакция - появление новых высыпаний в местах травматизации кожи, например, трения или давления. [27]

## Лабораторные исследования

<b>С 5</b>	для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и 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)
<b>С 5</b>	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, мочеви́на, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза в крови

**С**  
**5** для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция рН, 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**  
**5** для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови

**С**  
**5** для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови

*Комментарии: Результаты общего (клинического) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического, общего анализа мочи и антител и антигенов к вирусным гепатитам необходимы перед назначением системной терапии больных КПЛ для выявления противопоказаний к ней и во время системной терапии для выявления ее нежелательных эффектов.*

**С**  
**5**

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)

**С**  
**5**

- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Биохимические исследования крови
- Гистологическое исследование
- Кал на скрытую кровь
- Иммунологические исследования
- Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА
- Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика
- Микологическое исследование
- Исследование гормонов щитовидной железы
- Молекулярно-генетические исследования
- Проведение цитологического исследования
- Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика

- Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови
- Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови

### Инструментальные исследования:

С  
5

- **Рекомендуется** для диагностики буллезной и эрозивно-язвенной форм КПЛ исследование биоптата кожи и слизистых оболочек с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции
- **Рекомендуется** в случае изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта проведение цитологического исследования в целях дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырьчаткой

С  
5

Для выявления противопоказаний к системной терапии, физиотерапии и контроля безопасности системной терапии рекомендуется УЗИ внутренних органов

С  
5

Дерматоскопия: сетка Уикхема и окружающие ее шпилькообразные и точечные сосуды, желто-коричневые и желто-синие точки, роговые пробки, милиумоподобные и комедоноподобные структуры

### Дополнительное обследование

С  
5

- **Рекомендуется** при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения
- Иммуногистохимическое исследование

### Показания для консультации специалистов

С  
5

- **Рекомендуется** консультация офтальмолога, эндокринолога, терапевта, гинеколога – перед назначением ПУВА-терапии, узкополосной средневолновой фототерапии для исключения противопоказаний к проведению фототерапии
- **Рекомендуется** консультация офтальмолога – перед назначением антималярийных препаратов для исключения противопоказаний к терапии ими, а также в процессе лечения антималярийными препаратами 1 раз в 6 месяцев для контроля безопасности терапии, включая осмотр глазного дна
- **Рекомендуется** консультация стоматолога – при изолированном поражении слизистой оболочки полости рта
- **Рекомендуется** консультация психотерапевта невролога – при наличии угнетённого настроения, дисморфофобии.

### Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики
Псориаз	При псориазе папулы обычно покрыты серебристыми чешуйками, располагаются на локтях, коленях и волосистой части головы. Отсутствие сетки Уикхема (характерного для КПЛ). Положительный феномен Кебнера (обострение высыпаний после травмы кожи).
Парапсориаз	Папулы лентикулярные, округлые, розово-красног цвета, плоские с выраженными полигональными полями рисунка кожи. Чешуйки круглые, крупные, удаляются по типу «облатки».
Сифилис (папулезный сифилид)	При сифилисе папулы имеют медно-красный цвет, часто симметричны. Отсутствует зуд (в большинстве случаев). Положительный комплекс серологических реакций.
Многоформная экссудативная эритема	Элементы более крупные, с серозным содержимым, центральное разрешение. Часто ассоциирована с инфекциями (герпес) или приемом лекарств. Быстрое развитие симптомов.
Лейкоплакия (при поражении слизистых)	Лейкоплакия характеризуется стойкими, резко очерченными очагами. Обычно отсутствует зуд и болезненность.
Бородавчатый туберкулез кожи	Цвет высыпаний Буровато-красный с желтоватым оттенком. Поверхность Грубая, бородавчатая, с гиперкератозом. Локализация Преимущественно на открытых участках кожи, травмированных. Зуд Отсутствует или минимальный. Системные проявления Возможны признаки туберкулеза других органов. Лабораторные данные Положительная реакция Манту, выявление микобактерий (посев, ПЦР).

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

**Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях:**

**Немедикаментозное лечение:**

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров) В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи). [25]

## Физиотерапевтические процедуры:

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

Рекомендуются для лечения пациентов КПЛ с распространенными высыпаниями (средней и тяжелой степени тяжести) методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии с целью купирования клинических проявлений заболевания

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<b>С 3</b>	Селективная фототерапия (широкополосная 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 0,01-0,03 Дж/см <sup>2</sup> . Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-3-ю процедуру на 5-30%, или на 0,01-0,03 Дж/см <sup>2</sup> . На курс назначают 15-35 процедур
----------------	---

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<b>С 3</b>	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 <sup>2</sup> . 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 <sup>2</sup> , при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

<b>С 3</b>	УФВ волосистой части головы. Начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы (МЭД). При дозировании в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1-0,2 Дж/см <sup>2</sup> . Шаг увеличения дозы – на 10-20% от предыдущей, если пациент хорошо переносит терапию. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

*Комментарии: Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) является более эффективным методом УФВ-терапии по сравнению с селективной фототерапией. Узкополосная средневолновая терапия длиной волны 311 нм (УФВ-311) предпочтительна при незначительной инфильтрации в очагах поражения кожи.*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

<b>С 3</b>	ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение). При локализации высыпаний на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях (кроме локтевых и коленных суставов) и незначительной инфильтрации очагов поражения лечение начинают с дозы облучения, равной 1 минимальной эритемной дозы, при выраженной инфильтрации очагов - с дозы, равной 2. При локализации высыпаний на коже локтевых и коленных суставов и незначительной инфильтрации начальная доза облучения составляет 2 минимальной эритемной дозы, при наличии плотных инфильтрированных бляшек - 3. Повышение разовой дозы облучения
----------------	---

осуществляют каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 1 минимальной эритемной дозы, или 25% от предыдущей дозы. Лечение проводят с режимом 2-3 раза в неделю. На курс назначают 15-35 процедур

*Комментарии: Лечение ультрафиолетовым облучением кожи 308 нм (экцимерное УФ-облучение), показано, главным образом, при ограниченных формах КПЛ с площадью поражения не более 10% поверхности тела.*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

**С  
5**

Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для системного применения, которые принимают в дозе 0,6-0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5-2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50-70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25-1,0 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25-1,0 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 15-18 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 15-35 процедур

*Комментарии: ПУВА-терапия предпочтительна при выраженной инфильтрации в очагах поражения кожи.*

**С  
3**

Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с наружным применением фотосенсибилизаторов взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для местного применения, которые наносят на очаги поражения за 15-60 минут до облучения. Начальная доза УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,2-0,5 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-3-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,1-0,5 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 5-8 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 20-50 процедур

**С  
3**

УФО терапия. Начальная доза облучения составляет 25-50% от минимальной эритемной дозы (МЭД). При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,05–0,2 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 20-50 процедур

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

**В  
2**

ПУВА-ванны взрослым пациентам с водным раствором амми большой плодов фурукумарины. Начальная доза облучения УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы, или 0,3-0,6 Дж/см<sup>2</sup>. Как при общих, так и при локальных ПУВА- ваннах облучение проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,2-0,5

Дж/см<sup>2</sup>. У пациентов с I-II типом кожи дозирование проводят в диапазоне доз 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Дж/см<sup>2</sup>. У пациентов с III-VI типом кожи облучение проводят в диапазоне доз 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Дж/см<sup>2</sup>. При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной.

Максимальная разовая доза облучения у пациентов с I-II типом кожи составляет 4,0 Дж/см<sup>2</sup>, у пациентов с III-VI типом кожи - 8,0 Дж/см<sup>2</sup>. На курс назначают 15-35 процедур

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения</li> <li>• ИК-лазер (при поражении слизистой оболочки рта)</li> <li>• Низкоуровневая светотерапия LLLT</li> </ul>
--------	--

<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бальнеотерапия с минеральными солями, травяными отварами</li> <li>• Пелоидотерапия</li> </ul>
--------	--

С 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плазмаферез</li> <li>• НИЛИ</li> <li>• Озонотерапия</li> </ul>
--------	---

#### 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 лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954">https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954</a>

	Цетиризин	таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb">https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</a>
	Левоцетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(A) <a href="https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad">https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad</a>
	Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(C) <a href="https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86">https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86</a>
	Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B) <a href="https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119">https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119</a> <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/</a>
	Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/</a> <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/</a>
Гипосенсибилизирующие средства	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(B) <a href="https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-">https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-</a>

			<a href="#">b43b-602ffc4d42b6</a>
	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.	(B)  <a href="https://mediq lab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a">https://mediq lab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a</a>
<b>Местная терапия</b>			
Кортикостероиды для лечения заболеваний кожи для наружного применения  I (очень высокая активность).	Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 2 раз в сутки; в течение 4-8 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 2 раза в сутки; в течение до 12 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
II (высокая активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C4)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C4)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинонид: 0,05%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 – недель	(C2)  <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>

III–IV (средняя активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Триамцинолона ацетонид: 0,1%	наружно 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Бетаметазона валерат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
V (активность ниже средней). Один из списка.	Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Гидрокортизона пробутат 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
VI (низкая активность).	Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 4-8 недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
	Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(C) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>
VII (самая низкая активность)	Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(B) <a href="https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus">https://dermnetnz.org/topics/lichen-planus</a>

			<a href="#">-planus</a>
Наружная терапия при эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки полости рта, губ и вульвы:	Алоэ древовидного листья	наружно, 2 раза в сутки; до 4 – х недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	холина салицилат + цеталкония хлорид	наружно, 1 см для взрослых и 0,5 см для детей, 2–3 раза в сутки до или после еды; до 4 недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	лидокаин + ромашки аптечной экстракт цветов	наружно, 0,5 см наносят 3 раза в сутки; до 4 недель	(C) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
Ингибиторы кальциневрина	Пимекролимус – мазь	наружно 2 раза в сутки в виде тонким слоем	(B) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
	Такролимус – мазь	взрослым 0,1% мазь наружно 2 раза в сутки тонким слоем в течении 3 месяцев, детям 0,03% мазь 2 раза в сутки тонким слоем не более 3 месяцев	(B) <a href="https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com">https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0701/p53.html?utm_source=chatgpt.com</a>
Кератолитики	Салициловая кислота	Для взрослых: мазь с концентрацией 2%, наносить наружно 2 раза в сутки тонким слоем, курс применения – не более 3 недель. Для детей: мазь с концентрацией 1%, наносить наружно 1–2 раза в сутки, курс применения не более 3 недель.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>

	Мочевина	Для взрослых: крем или мазь с концентрацией 10%, наносить наружно 2 раза в сутки тонким слоем, курс применения – до 1 месяца. Для детей: крем или мазь с концентрацией 5%, наносить наружно 1 раз в сутки, курс применения – до 1 месяца.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Салициловая кислота + бетаметазон	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3-х недель	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Салициловая кислота + мометазон	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3-х недель	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>
	Скинкеа	Только для местного наружного применения. Нанести крем легкими массирующими движениями на пораженный участок кожи, применять 2-3 раза в день.	(C) <a href="https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview">https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview</a>

**Таблица-2**

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

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Противомалярийное средство	Гидроксихлорохин	Внутрь. 200 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid</a>

			<a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">=m4qm93w2fh9405770</a>
	Хлорохин	Внутрь. 250 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1-2 месяцев	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
Системные ГКС	Преднизолон	Внутрь. 20–30 мг/сутки в течение 1–2 месяцев с последующей постепенной отменой	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
	Бетаметазон	1 мл 1 раз в 2–3 недели в/м или внутривенно, на курс 3–4 инъекции	(B) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>
Фотосенсибилизирующие средства	Метоксален	Мазь 0.75%. Наносят на точно определенные участки витилиго за 30-60 минут до облучения длинноволновым ультрафиолетовым спектром (длина волны 320–400 нм) из соответствующего источника или солнечными лучами.  Таблетки 10 мг. Внутрь. За 1,5-2 ч до сеанса УФ-облучения. Доза подбирается индивидуально, в зависимости от массы тела пациента, 0.6 мг/кг	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770</a>

Иммунодепрессанты	Циклоспорин	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Системные ретиноиды	Ацитретин	Назначают в начальной суточной дозе 25 мг или 30 мг в сутки; препарат принимают один раз в сутки во время еды или с молоком; длительность приема 3-8 недели. У детей суточная доза зависит от массы тела и составляет около 0,5 мг/кг. В некоторых случаях на ограниченное время могут потребоваться более высокие дозы, до 1 мг/кг в сутки (не более 35 мг/сутки).	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Антиметаболиты	Метотрексат	15–20 мг в неделю в течение 4–15 недель	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Фолиевая кислота (при применении метотрексата)	внутри после еды взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 5 мг (5 таблеток)  Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг (1 таблетка) 1–2 раза в сутки Максимальная суточная доза — 2 мг (2 таблетки)	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>

		Курс лечения составляет 20–30 дней	
Сульфаниламиды	Дапсон	Средняя доза препарата составляет 50–100 мг дапсона, т.е. 1–2 таблетки в день, 6 дней в неделю.	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Сульфасалазин	Внутрь, после еды. 1.5-3 г/сут. Режим дозирования определяется индивидуально в зависимости от показаний и от возраста.	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
Иммунодепрессанты	Микофенолата мофетил	0,5 г два раза в день в течение четырёх недель, а затем 1 г два раза в день в течение как минимум 20 недель	(C) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Апремиласт	Внутрь. взрослым пациентам по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом примерно 12 часов перорально в зависимости от времени приема пищи. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется	(C) <a href="https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691">https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691</a>
	Устекинумаб	взрослым пациентам подкожно 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. В случае недостаточной клинической эффективности при применении каждые 12 недель, следует увеличить дозу препарата до 90 мг каждые 12 недель. Если такой режим дозирования не эффективен, дозу препарата 90 мг следует вводить каждые 8 недель	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>

	Гуселькумаб	Рекомендуемая доза составляет 100 мг в виде подкожных инъекций. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 8 недель.	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>
	Адалимумаб	Взрослым и детям с 4-х лет подкожно в область бедра или живота в начальной дозе 80 мг, поддерживающая доза - по 40 мг 1 раз в 2 недели, начиная через неделю после начальной дозы	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/</a>
	Ритуксимаб	внутривенно 375 мг/м <sup>2</sup> раз в неделю в течение 4 или 8 доз	(C) <a href="https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/rapid_and_complete_resolution_of_lichen_planopilaris_in_juvenile_chronic_arthritis_treated_with_rituximab_287742/article.phtml">https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/rapid_and_complete_resolution_of_lichen_planopilaris_in_juvenile_chronic_arthritis_treated_with_rituximab_287742/article.phtml</a>
Селективный иммунодепрессант (ингибиторы ФНО-альфа)	Этанерцепт	Взрослым п/к по 25 мг дважды в неделю с интервалом 3–4 дня. Возможно введение 50 мг препарата один раз в неделю путем однократной п/к инъекции. В качестве альтернативы этанерцепт можно применять по 50 мг дважды в неделю на протяжении не более 12 недель. При необходимости продолжения лечения этанерцепт следует вводить в дозе 25 мг дважды в неделю или 50 мг один раз в неделю. Терапию следует проводить до достижения ремиссии и, как правило,	(C) <a href="https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426">https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</a>

		<p>не более 24 недель. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.</p> <p>У детей 6 лет и старше доза определяется из расчета 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг).</p> <p>Препарат вводится 1 раз в нед. подкожно, до тех пор, пока не будет достигнута ремиссия, как правило, не более 24 нед. Лечение препаратом следует прекратить, если после 12 нед. терапии не наблюдается положительной динамики симптомов. При необходимости повторного назначения этанерцепта, следует соблюдать длительность лечения, указанную выше.</p> <p>Доза препарата – 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг) 1 раз в нед. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.</p>	
Антибактериальные средства	Цефтриаксон	порошок для приготовления раствора для в/в и в/м введения 1 г	(A) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Цефуросим	порошок для приготовления раствора для инъекций в комплекте с растворителем 250 мг, 750 мг, 1500 мг	(A) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/">https://diseases.medelement.com/disease/</a>
	Тетрациклин	При приеме внутрь разовая доза для взрослых может составлять от 300 мг до 1.5 г в зависимости от показаний, функции почек и применяемой схемы лечения.	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/</a>

		Детям старше 8 лет - по 20-25 мг/кг каждые 6 ч.	
	Доксициклин	Внутрь, у взрослых и детей старше 12 лет с массой тела более 45 кг средняя суточная доза - 200 мг в первый день (делится на 2 приема - по 100 мг 2 раза в сутки), далее по 100 мг/сут.	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/</a>
Противомикробное и противопротозойное средство	Метронидазол	250 мг каждые 8 часов в течение 12 недель	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/</a>
Антидепрессанты	Доксепин	Внутрь. При умеренно выраженной степени депрессии и/или тревожности начальная доза составляет 75 мг/сут. В дальнейшем индивидуально подбирают эффективную дозу, которая обычно составляет 75-150 мг/сут. Увеличение дозы проводят постепенно. При значительно выраженной депрессии и/или тревожности эффективная доза может достигать 300 мг/сут. У больных с минимально выраженными нарушениями могут оказаться эффективными меньшие дозы - 25-50 мг/сут. Кратность приема - 1-2 раза/сут (при однократном приеме в течение дня доза доксепина не должна превышать 150 мг). При расстройствах сна большую часть суточной дозы принимают вечером.	(B) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>
	Миртазапин	Внутрь 15-45 мг/сут преимущественно 1 раз/сут перед сном. Дозу постепенно увеличивают до 30-45 мг/сут. Антидепрессивный эффект	(B) <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a>

		<p>развивается постепенно, обычно через 2-3 недели от начала лечения, однако прием следует продолжать еще в течение 4-6 месяцев. Если в течение 6-8 недель лечения терапевтического эффекта не отмечается, лечение следует прекратить.</p> <p>Отмену миртазапина проводят постепенно.</p>	
	Пароксетин	<p>Рекомендуется принимать 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая</p> <p>Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.</p>	<p>(B)</p> <p><a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</a></p>
Анксиолитики	Гидроксизин	<p>Внутрь. По 12.5-50мг/сут</p> <p>Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг.</p> <p>У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза.</p> <p>Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени</p>	<p>(C)</p> <p><a href="https://diseases.medelemet.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelemet.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a></p>

		тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	
Седативные препараты	Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
	Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	(C) <a href="https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763">https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</a>
Гепатопротекторы	Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии.  Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	(C) <a href="https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084">https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084</a>
	Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1.  При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения	(C) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/</a>

	Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	
Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки  взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием  детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	(C)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1">https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</a>
Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день  в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день  внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	(C)  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/</a>
Глутатион	Глутатион в/м, в/в медленно (2-3минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день.  Внутрь. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком.	(C)  <a href="https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47">https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47</a>

		Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.	
Витаминотерапия	Цианокобаламин (Витамин В12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.  В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	в/м (глубоко)  Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы  Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки.	(C) <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>

		Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	
	Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут.  Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Альфа-токоферола ацетат (Витамин E)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Витамин А + E	внутри после еды в дозировке витамин E по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ  33 000–100 000 МЕ/сут	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутрь, в/м, в/в  Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>
	Холекальциферол (Витамин D)	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(ОН)D <20 нг/мл)  - 50 000 МЕ еженедельно в	(C)  <a href="https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w">https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</a>

		<p>течение 8 недель внутрь</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь</li> <li>- 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь</li> <li>- 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь</li> </ul> <p>Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D <math>\geq</math>20 и &lt;30 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь</li> <li>- 200 000 МЕ однократно внутрь</li> <li>- 150 000 МЕ однократно внутрь</li> <li>- 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь</li> </ul> <p>Поддержание уровней витамина D <math>\geq</math>30 нг/мл</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь</li> <li>- 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь</li> </ul>	<p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/020-01229-w">1186/s12903-020-01229-w</a></p>
Иммуномодуляторы	рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	<p>У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p> <p>У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p> <p>У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p>	<p>В</p> <p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a></p>
	Инозин пранобекс	<p>внутри, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней</p>	<p>В</p> <p><a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a213">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a213</a></p>

			<a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">4b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Меглюмина акридонатацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>
	Азоксимера бромид	внутри, после еды, 6 мг 2 раза в день или 12 мг один раз в день в течении 10 дней	В <a href="https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176">https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?yclid=m6p4pd6wg4907168176</a>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

**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.

## **Организация оказания медицинской помощи**

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики при выявлении у больных высыпаний на коже, симптомов или признаков КПЛ направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: дневной и круглосуточный стационар:

- неэффективность проводимого ранее лечения;
- необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- необходимость проведения поддерживающей терапии иммунодепрессантами;
- распространенные и тяжелые поражения кожи и слизистых оболочек, в том числе гиперкератотические, буллезные, эрозивно-язвенные;

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.[3]

## **Индикаторы эффективности лечения:**

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже;
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

## ТАШКЕНТ – 2024

### Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### Определение

Красный плоский лишай (КПЛ) – Распространенное воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек течение которого может быть как острым, так и хроническим [Клиническая дерматология и венерология. Арифов С.С. 2008 г. Ташкент].

Генно-инженерные биологические препараты относительно недавно применяются в дерматологической практике для лечения КПЛ. Механизм их действия заключается в том, что они специфически связываются с белковыми структурами, которые экспрессируются на активированных Т-лимфоцитах. Учитывая, что IL-17 может принимать участие в патогенезе КПЛ, F. Solimani et al. (2019) впервые воздействовали на клетки Th17/Tc17 посредством блокирования IL-17A с помощью моноклонального антитела секукинумабом у 3 пациентов с КПЛ, путем ингибирования оси Th17/Tc17 **устекинумабом** — у 1 больного (анти-IL-12/IL-

23) и **гуселькумабом** у еще 1 исследуемого (анти-IL-23). Такое лечение привело к заметному и длительному клиническому улучшению слизистой оболочки полости рта и кожи у больных КПЛ. Несмотря на полученные результаты, необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности профиля безопасности данных препаратов [38]. Учитывая важную роль фактора некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) в патогенезе КПЛ, целесообразным является назначение препаратов, блокирующих его активность (**адалimumаб, этанерцепт**). Однако в литературе представлены противоречивые данные в отношении его применения при данной патологии. В частности, описаны многочисленные случаи КПЛ, возникшего в результате приема ингибиторов TNF- $\alpha$ . В то же время несколько сообщений свидетельствуют об их эффективности в отношении данного дерматоза.

Топические стероиды (сильнодействующие и высокоактивные, такие как триамцинолона ацетонид, флуоцинолона ацетонид, бетаметазона дипропионат и клобетазола пропионат) или триамцинолон для внутрикожных инъекций, особенно при гипертрофических или невосприимчивых к лечению поражениях (5–20 мг/мл каждые 2–4 недели)

Системные кортикостероиды (пероральный прием или внутримышечные инъекции) Если поражения не поддаются местному лечению, назначают пероральный прием преднизолона в дозе 30–80 мг/день в течение 4–6 недель или внутримышечные инъекции триамцинолона в дозе 40–80 мг каждые 6–8 недель.

Ацитретин 20–35 мг/день или изотретиноин

Пероральный прием циклоспорина (3–5 мг/кг/день )

### **Симптоматическое лечение**

Пероральные Антигистаминные препараты

Седативные антигистаминные препараты могут быть более эффективными при сильном зуде, но побочные эффекты (проблемы с безопасностью/нарушение сна/несчастные случаи) сводят к минимуму их применение.

### **Местные противозудные средства**

Ментол, камфора, доксепин, полидоканол и т. д. могут назначаться в качестве дополнения к основному лечению.

### **Лечение КПЛ слизистой оболочки полости рта**

Слизистую форму КПЛ часто трудно поддается лечению, особенно при наличии изъязвлений и эрозий. В течение многих лет методы лечения слизистой формы КПЛ были направлены на облегчение, а не на устранение симптомов в полости рта. Однако современные методы лечения должны быть направлены на устранение симптомов и потенциальное снижение риска злокачественной трансформации.

### **Общие меры**

Основываясь на результатах исследований и мнениях экспертов, можно обсудить меры общего ухода до начала и во время лечения. Пациентов следует информировать о необходимости соблюдать гигиену полости рта и избегать травм слизистой оболочки. В зависимости от тяжести заболевания некоторым пациентам с красным плоским лишаем полости рта может быть показана регулярная личная и профессиональная

стоматологическая гигиена, замена амальгамовых или золотых зубных пломб, отказ от курения, острой пищи и алкоголя.

Если предполагается, что причиной лихеноидных поражений полости рта является системный препарат, врач должен заменить его другим лекарственным средством.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

### **Озонотерапия**

Озонотерапия является широко применяемым методом, в том числе и в дерматологии. Антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие озона делает его применение патоненетически обоснованным в терапии различных кожных заболеваний.

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

### **Внутривенного лазерного облучения крови (НИЛИ)**

Внутривенное лазерное облучение крови — один из методов ее очищения, который заключается в обработке крови световой волной прямо внутри кровеносной системы без вывода из организма пациента.

Световые волны способны воздействовать комплексно, нормализуя работу различных систем и обменных процессов организма.

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

### **Плазмаферез**

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

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/>

**Хирургическое вмешательство:** не проводится [3]

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО  
НОЗОЛОГИИ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ»**

## ТАШКЕНТ – 2024

### Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

В общей структуре дерматологической патологии КПЛ составляет от 0,16 до 1,2 % и среди болезней слизистой оболочки полости рта - до 35 до 70 %. КПЛ встречается в любом возрасте, но часто диагностируется в среднем и пожилом возрасте – от 30 до 70 лет и 35% пациентов находятся в возрасте 50 лет и старше. КПЛ встречается преимущественно у женщин и на их долю приходится 60—75% больных. КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Многие авторы указывают на ведущую роль иммунной системы в развитии заболевания (Исследователи считают, что клетками, участвующими в патогенезе красного плоского лишая, являются: кератиноциты, дендритные клетки, макрофаги и лаброциты, CD8+ Т-лимфоциты (супрессоры), CD4+ Т-лимфоциты (хелперы), уровень которых варьирует в зависимости от стадии заболевания. Основными популяциями Т-лимфоцитов, мигрирующими в кожу при КПЛ, являются цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты, располагающиеся в основном в зоне дермо-эпидермального соединения и CD4+ Т-лимфоциты, располагающиеся периваскулярно. Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты продуцируют вещества, способствующие разрушению базальной мембраны и вызывающие апоптоз базальных кератиноцитов. Воспаление поддерживается активированными CD4+ Т-лимфоцитами, продуцирующими провоспалительные цитокины, в том числе фактор некроза опухоли- $\alpha$ .

### Общие меры

Основываясь на результатах исследований и мнениях экспертов, можно обсудить меры общего ухода до начала и во время лечения. Пациентов следует информировать о необходимости соблюдать гигиену полости рта и избегать травм слизистой оболочки. В зависимости от тяжести заболевания некоторым пациентам с красным плоским лишаем полости рта может быть показана регулярная личная и профессиональная

стоматологическая гигиена, замена амальгамовых или золотых зубных пломб, отказ от курения, острой пищи и алкоголя.

Если предполагается, что причиной лихеноидных поражений полости рта является системный препарат, врач должен заменить его другим лекарственным средством.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

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

Диспансерное наблюдение пациентов с КПЛ проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров[3]

#### **Дальнейшее ведение:**

Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

### **Список литературы**

1. Teng C.T., Tan C.H., Goh S.L. et al. A randomized controlled trial to compare calcipotriol with betamethasone valerate for the treatment of cutaneous lichen planus. *J Dermatol Treat* 2004; 15 (3): 141–145.
2. Oliver G.F., Winkelmann R.K. Treatment of lichen planus. *Drugs* 1993; 45: 56–65.
3. Cribier B., Frances C., Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1521–1530.
4. Marsden C.W. Fluocinonide acetone 0,2% cream: a cooperative clinical trial. *Br J Dermatol* 1968; 80: 614–617.
5. Kellett J.K., Ead R.D. Treatment of lichen planus with a short course of oral prednisolone. *Br J Dermatol* 1990; 123: 550–551.
6. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены. В: Клиническая дерматовенерология. / под ред. Ю.К Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. - С.184—211.
7. Pitche P, Saka B, Kombate K, Tchangai-Walla K. Treatment of generalized cutaneous lichen planus with dipropionate and betamethasone disodium phosphate: an open study of 73 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134 (3 Pt 1): 237–240.
8. Usatine R.P., Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. 2011; 84 (1): 53–60.

9. Saricaoglu H., Karadogan S.K., Baskan E.B., Tunali S. Narrowband UVB therapy in the treatment of lichen planus. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19 (5): 265–267.
10. Habib F., Stoebner P.E., Picot E. et al. Narrow band UVB phototherapy in the treatment of widespread lichen planus. *Ann Dermatol Venereol.* 2005; 132 (1): 17–20.
11. Pavlotsky F., Nathansohn N., Kriger G. et al. Ultraviolet-B treatment for cutaneous lichen planus: our experience with 50 patients. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008; 24: 83–86.
12. Irajii F., Faghihi G., Asilian A. et al. Comparison of the narrow band UVB versus systemic corticosteroids in the treatment of lichen planus: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci* 2011; 16 (12): 1578–1582.
13. Gonzalez E., Momtaze-T K., Freedman S. Bilateral comparison of generalized lichen planus treated with psoralens and ultraviolet A. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 958–961.
14. Ortonne J.P., Thivolet J., Sannwald C. Oral photochemotherapy in the treatment of lichen planus. *Br J Dermatol* 1978; 99: 315–318.
15. Narwutsch M., Sladeczek M. PUVA-Therapie des Lichen ruber planus: eine histologische Studie. *Dermatol Monatschr* 1986; 172: 133–144.
16. Helander I., Jansen C.T., Meurman L. Long-term efficacy of PUVA treatment in lichen planus: comparison of oral and external methoxsalen regimens. *Photodermatology* 1987; 4: 265–268.
17. Von Kobyletzki G., Gruss C., Altmeyer P., Kerscher M. Balneophotochemotherapie des Lichen ruber: Einige Ergebnisse und Vergleich mit bisher angewandten Photochemotherapiemodalitäten. *Hautarzt* 1997; 48: 323–327.
18. Kerscher M., Volkenandt M., Lehman P. et al. PUVA-bath photochemotherapy of lichen planus. *Arch Dermatol* 1995; 131: 1210–1211.
19. Tyldesley W.R., Harding S.M. Betamethasone valerate aerosol in the treatment of oral lichen planus. *Br J Dermatol* 1977; 96: 659–662.
20. Malhotra A.K., Khaitan B.K., Sethuraman G., Sharma V.K. Betamethasone oral minipulse therapy compared with topical triamcinolone acetonide (0.1%) paste in oral lichen planus: a randomized comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 596–602.
21. Buajeeb W, Kraivaphan P, Poburksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 21–25.

22. Voûte A.B., Schulten E.A., Langendijk P.N. et al. Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75 (2): 181–185.
23. Corrocher G., Di Lorenzo G., Martinelli N. et al. Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 2008;35 (3): 244–249.
24. Carbone M., Arduino P.G., Carrozzo M. et al. Topical clobetasol in the treatment of atrophicerosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. *J Oral Pathol Med* 2009;38 (2): 227–233.
25. Giustina T.A., Stewart J.C., Ellis C.N. et al. Topical application of isotretinoin gel improves oral lichen planus: a doubleblind study. *Arch Dermatol* 1986; 122: 534–536.
26. Choonhakarn C., Busaracome P., Sripanidkulchai B., Sarakarn P. The efficacy of aloe vera gel in the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 158 (3): 573–577.
27. Salazar-Sanchez N., Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F. et al. Efficacy of topical aloe vera in patients with oral lichen planus: a randomized double-blind study. *J Oral Pathol Med* 2010; 39: 735–740.
28. Lodi G., Scully C., Carrozzo M. et al. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 164–178.
29. Brice S.L., Barr R.J., Rattet J.P. Childhood lichen planus: a question of therapy. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 370–376.
30. Laurberg G., Geiger J.M., Hjorth N. et al. Treatment of lichen planus with acitretin: a double blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 434–437.
31. Viglioglia P.A., Villanueva C.R., Martorano A.D. et al. Efficacy of acitretin in severe cutaneous lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 852–853.
32. Brockow K., Abek D., Haupt G., Ring J. Exanthemous lichen planus in a child: response to acitretin. *Br J Dermatol* 1997; 136: 287–289.
33. Higgins E.M., Munro C.S., Friedmann P.S., Marks J.M. Cyclosporin A in the treatment of lichen planus. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1436.
34. Ho V.C., Gupta A.K., Ellis C.N. et al. Treatment of severe lichen planus with cyclosporine. *J*

Am Acad Dermatol 1990; 22: 64–68.

35. Pigatto P.D., Chiapino G., Bigardi A. et al. Cyclosporin A for treatment of severe lichen planus. Br J Dermatol 1990; 122 (1): 121–123.

<https://mkb-10.com/index.php?pid=11157>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

<https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/>

<https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426>

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176>