



**КРАСНЫЙ
ПЛОСКИЙ
ЛИШАЙ:
многообразиие форм
и локализаций**

Красный плоский лишай —
мультифакториальная, хроническая
Т-клеточно-опосредованная
воспалительная реакция,
проявляющаяся папулезными
высыпаниями на коже и слизистых
оболочках, а также поражением
придатков кожи





von Hebra, Ferdinand
(1816—1880) —
австрийский
дерматолог

1860 г. — F. von Hebra сделал первое научное описание КПЛ под названием «leichen ruber» (от др.-греч. λειχήν — лишай, лишайник, мох на дереве и лат. ruber — красный)

1869 г. — E. Wilson подробно описал характерные для КПЛ высыпания на коже и слизистых и предложил термин «lichen planus» (от лат. planus — плоский)



Wilson, Erasmus (1809—1884) —
английский дерматолог и хирург ³

ЛИХЕНОИДНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Группа заболеваний, характеризующихся зудящими папуло-сквамозными высыпаниями и лентовидным лимфоцитарным инфильтратом, идущим параллельно эпидермису и захватывающим зону дермоэпидермального соединения

- КПЛ
- Симптоматические лихеноидные реакции: лихеноидная токсикодермия (медикаментозный КПЛ), РТПХ — клинически и патоморфологически идентичны типичной форме КПЛ
- Синдром Джанотти–Крости (папулезный акродерматит детей)
- Блестящий лишай
- Персистирующая дисхромическая эритема
- Линейный лишай
- Доброкачественный лихеноидный кератоз
- Хронический лихеноидный кератоз (б-нь Некама)
- Летние солнечные лихеноидные высыпания
- Кольцевидный лихеноидный дерматит у детей



OVERLAP-СИНДРОМЫ

- с красной волчанкой
- с буллезным пемфигоидом
- со склероатрофическим лихеном

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- КПЛ кожи — до 1% взрослого населения;
КПЛ слизистой оболочки рта — до 4% взрослого населения (м.б. единственным проявлением)
- Чаще встречается у лиц в возрасте 40–50 лет, дети — не более 4–5% всех сл.
- Ж : М ~ 2 : 1, но мужчины болеют в более молодом возрасте, а женщины — после 50 лет
- Расовой и географической предрасположенности нет
- При поражении кожи слизистые оболочки вовлекаются в 40–60% сл., ногти — в 3–15%
- У 10–20% пациентов с поражением слизистых оболочек впоследствии вовлекается кожа
- Семейные случаи (у родственников первой линии) — 10–11% сл., более раннее начало, выше частота рецидивов и чаще поражаются слизистые оболочки



ЭТИОЛОГИЯ

- Неизвестна
- Наследственная предрасположенность: прослежена ассоциация с HLA-DR1, HLA-B7, HLA-DR6, и HLA-DR10

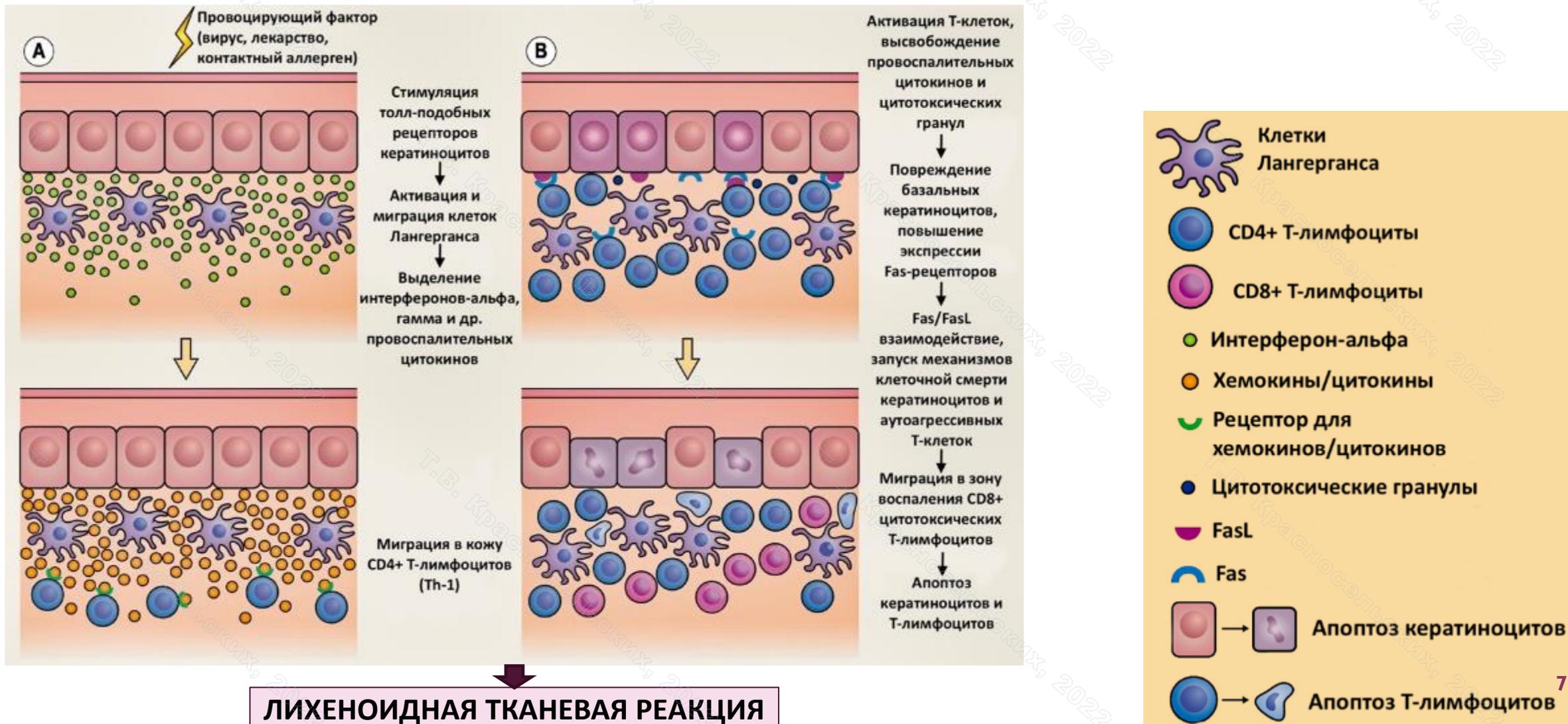
ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ

- Вирусные инфекции (**ВГС**, ХАГ – до 16% больных, ассоциирован с эрозивно-язвенным КПЛ слизистой рта; **ВЭБ, HHV-6, HHV-7, ВИЧ**)
- Лекарства (Au, As, Cu, Hg, Li, гипотиазид, β -блокаторы, ингибиторы АПФ, антималярийные, ингибиторы ФНО- α , НПВС, пеницилламин, хинидин, противотуберкулезные, кетоконазол, вакцины против гепатита В, гриппа и др.)
- Контактные аллергены (стоматологические материалы)
- Аутоинтоксикация (паранеопластический КПЛ – при раке желудка, почки, лимфосаркоме и др.)
- Иммунные нарушения (дисрегуляция реакции на антигены)
- Стресс (может провоцировать дебют или обострение КПЛ), у больных часты астено-невротический, ипохондрический и тревожно-депрессивный синдромы



ПАТОГЕНЕЗ

Опосредованный CD8+ Т-лимфоцитами апоптоз базальных кератиноцитов, экспрессирующих на своей поверхности неидентифицированные аутоантигены



МКБ-11

- EA91.Z — Лишай плоский неуточненный
- EA91.0 — Острый эруптивный плоский лишай
- EA91.1 — Гипертрофический плоский лишай
- EA91.2 — Фолликулярный плоский лишай
- EA91.3 — Плоский лишай кожи и слизистой оболочки гениталий
- EA91.4 — Плоский лишай и лихеноидные реакции слизистой оболочки рта
 - EA91.42 — Плоский лишай слизистой оболочки рта неуточненный
 - EA91.40 — Плоский лишай слизистой оболочки рта неэрозивный
 - EA91.41 — Плоский лишай слизистой оболочки рта эрозивный
- EA91.5 — Плоский лишай ногтей
- EA91.Y — Другой уточненный плоский лишай
- EB41.Y — Пемфигоидный плоский лишай
- 2F21.Y — Лихеноидный кератоз
- EA91.6 — Подострый плоский лишай

МКБ-10

- L43 — Лишай красный плоский
 - L43.0 — Лишай красный плоский гипертрофический
 - L43.1 — Лишай красный плоский буллезный
 - L43.2 — Лихеноидная реакция на лекарственное средство
 - L43.3 — Лишай красный плоский подострый (активный)
 - L43.8 — Другой красный плоский лишай
 - L43.9 — Лишай красный плоский неуточненный

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Описано около 60 клинических форм КПЛ

КПЛ кожи

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— гипертрофическая (веррукозная)	— буллезная	— ладонно-подошвенная
— атрофическая	— эрозивно-язвенная	— эритематозная
— фолликулярная	— линейная	— актиническая
— пигментная	— каплевидная	— молиформная
— кольцевидная	— инверсная	— приплюснутая и др.

КПЛ слизистой оболочки рта и губ

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— гиперкератотическая	— буллезная
— экссудативно-гиперемическая	— атрофическая
— эрозивно-язвенная	

КПЛ кожи и слизистой оболочки гениталий

- Типичная форма
- Атипичные формы:

— кольцевидная	— эрозивно-язвенная
— гипертрофическая	— атрофическая





КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ КОЖИ

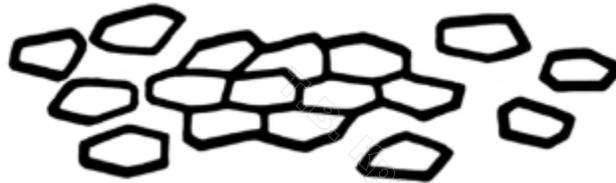
ТИПИЧНАЯ ФОРМА

Мономорфная симметричная папулезная сыпь
Появляется остро (дни) или постепенно (недели)

- Папулы мелкие (2–8 мм)
- Розово-сиреневые или фиолетовые, с перламутровым оттенком
- Плоские
- Зудящие (80% сл.)
- Не склонны к периферическому росту
- Изолированные, но группируются с образованием бляшек, по периферии которых – отдельные мелкие папулы



- Папулы полигональные (гипертрофированные треугольные и ромбические кожные поля)
- С восковидным блеском
- В центре свежих мелких папул – небольшое пупкообразное вдавление
- Шелушение незначительное, чешуйки отделяются с трудом



T.В. Красносельских, 2022



T.В. Красносельских, 2022





Несмотря на интенсивный зуд, эксфолиации и импетигинизация не характерны

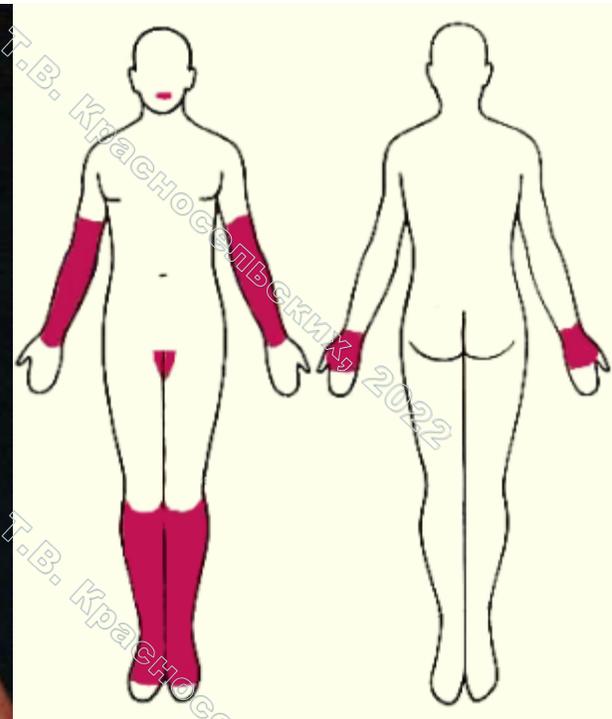


1895 г. – L.F. Wickham
описал патогномичные
серовато-белые полосы и
точки на поверхности папул,
напоминающие тонкое
кружево или сеточку



Wickham, Louis Frédéric (1861–1915) – французский врач и патолог

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ



- Сгибательная поверхность лучезапястных суставов и предплечий, тыл кистей
- Передняя поверхность голеней, голеностопных суставов, тыл стоп
- Область крестца, ягодицы



COLLECTION
MARC
LARRÈGUE
URIAGE

СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По длительности заболевания:

Острая – до 6 недель

Подострая – от 6 недель до 6 месяцев

Хроническая – более 6 месяцев

Типичные высыпания на коже у 60–70% пациентов разрешаются в течение 1 года, но в 50% сл. возникают рецидивы

По клиническому течению:

Прогрессирующая (~ 1–2 мес.) – появляются свежие высыпания, выражен зуд, феномен Кёбнера положительный

Стационарная – прекращение появления свежих папул, уменьшение зуда, уплощение центра элементов, шелушение

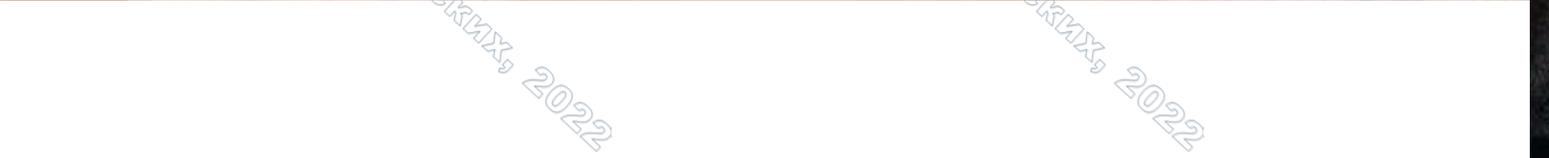
Регрессирующая – исчезновение зуда, папулы еще более уплощаются, приобретают бурый или цианотичный оттенок, исчезает блеск → вторичные пигментные пятна, дисхромия



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: гипертрофическая (веррукозная)

- У 15% больных, чаще у мужчин, часто фон – венозная недостаточность
- Излюбленная локализация: передняя поверхность голеней, область голеностопных суставов, симметрично
- Значительно возвышающиеся папулы и бляшки
- Фиолетового или буровато-красного цвета
- Неровная, бугристая поверхность, массивные роговые наслоения
- По периферии бляшек могут быть отдельные типичные папулы
- **Очень** интенсивный зуд
- Высыпания существуют длительно, склонны к склерозированию, резистентны к терапии
- Вероятность малигнизации – 0,3-3,0%

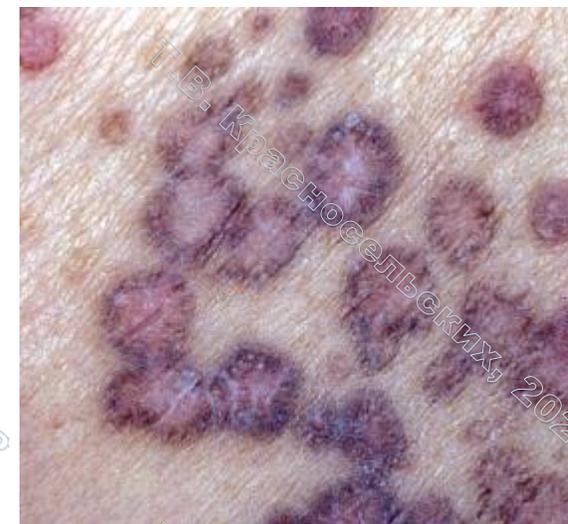






АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: атрофическая

- Встречается в 2–10% сл.
- Атрофия может формироваться после разрешения высыпаний кольцевидного или гипертрофического КПЛ, после аппликации сильных ГКС
- Папулы и бляшки с участками поверхностной рубцовой атрофии в центре
- Участки атрофии немного западают, четко очерчены, белесоватые с перламутровым оттенком, край очагов фиолетовый или гиперпигментированный
- Излюбленная локализация – шея, грудь, живот, лучезапястные и голеностопные суставы, подмышечные впадины





АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: фолликулярная (lichen ruber follicularis et acuminatus, lichen planopilaris)

Встречается в двух основных проявлениях, которые могут сочетаться:

- ✓ мелкие остроконечные папулы, приуроченные к фолликулярному аппарату, на конечностях и туловище
- ✓ рубцовая алопеция волосистой части головы, а также нерубцовая алопеция подмышечных впадин и лобка
- В центре фолликулярных папул на гладкой коже обычно имеется конический роговой шипик (гиперкератоз)
- Они располагаются изолированно или группируются
- Излюбленная локализация: туловище, проксимальные отделы конечностей, паховые складки, подмышечные впадины
- При разрешении папул иногда может наблюдаться поверхностная рубцовая атрофия
- Наряду с фолликулярными и перифолликулярными элементами на коже встречаются типичные папулы КПЛ, типичное поражение слизистых оболочек





На волосистой части головы развивается **ограниченная рубцовая алопеция (псевдопелада)**

Цитотоксическое повреждение эпителиальных стволовых клеток волосяного фолликула в области луковицы → гибель фолликула

- Зудящие фолликулярные и перифолликулярные воспалительные папулы → сливаются в диффузные очаги поражения
- Формируется белесоватая атрофия с эритемой, единичными фолликулярными и перифолликулярными папулами по периферии



Синдром Лассюэра–Литтла (Пиккарди–Лассюэра–Грэма-Литтла)

(G. Piccardi, 1914; A. Lassueur, E. Graham-Little, 1915)

- Фолликулярный КПЛ кожи туловища и конечностей
- Рубцовая алопеция волосистой части головы
- Нерубцовая **на вид** алопеция подмышечных впадин и лобка



Вся триада синдрома
наблюдается не всегда



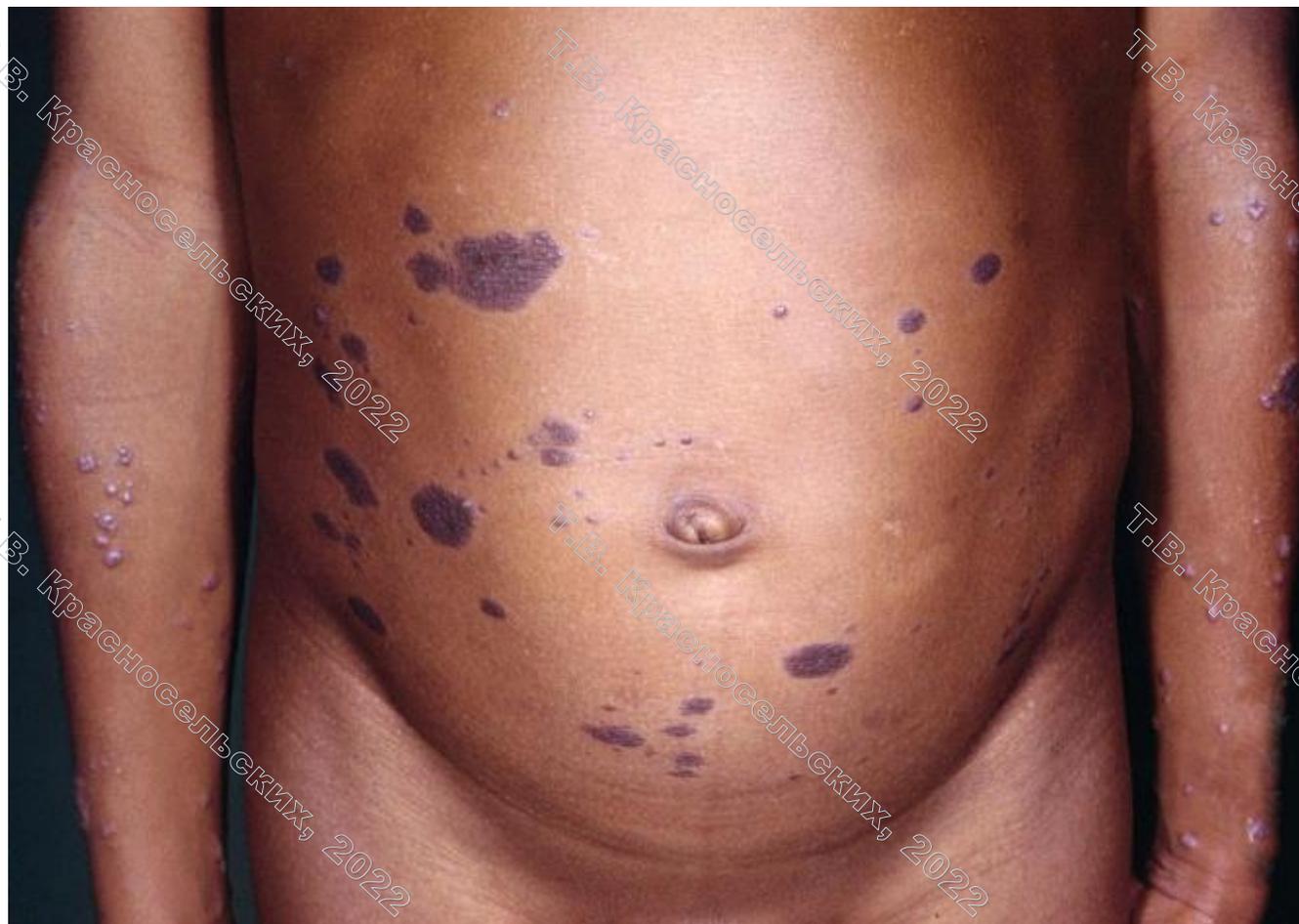
АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: пигментная



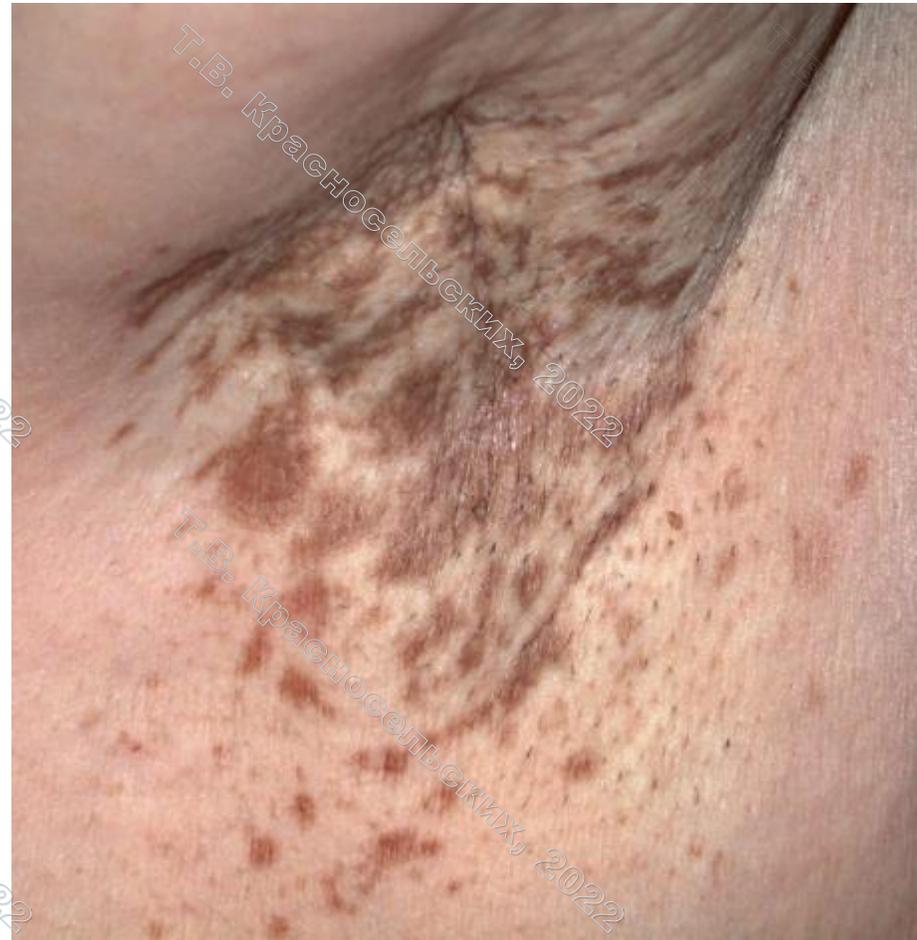
- У представителей III-IV фототипов
- Первичные высыпания – стойкие пигментные пятна или папулы от светло- до темно-коричневого, иссиня- черного, голубовато-серого цвета
- Появляются без предшествующей эритемы, увеличиваются и сливаются
- Поражается обычно не более 10% площади кожи
- Высыпания симметричны
- Локализация: лицо, сгибательные поверхности конечностей (чаще верхних), складки, кожа туловища
- Впоследствии на фоне пигментации могут появляться типичные лихеноидные папулы и/или бляшки
- В 30% сл. – слабый зуд (признак прогрессирования)
- Слизистые оболочки поражаются редко



Только у 9-27% пациентов
одновременно с пигментными
пятнами наблюдают типичные
элементы КПЛ



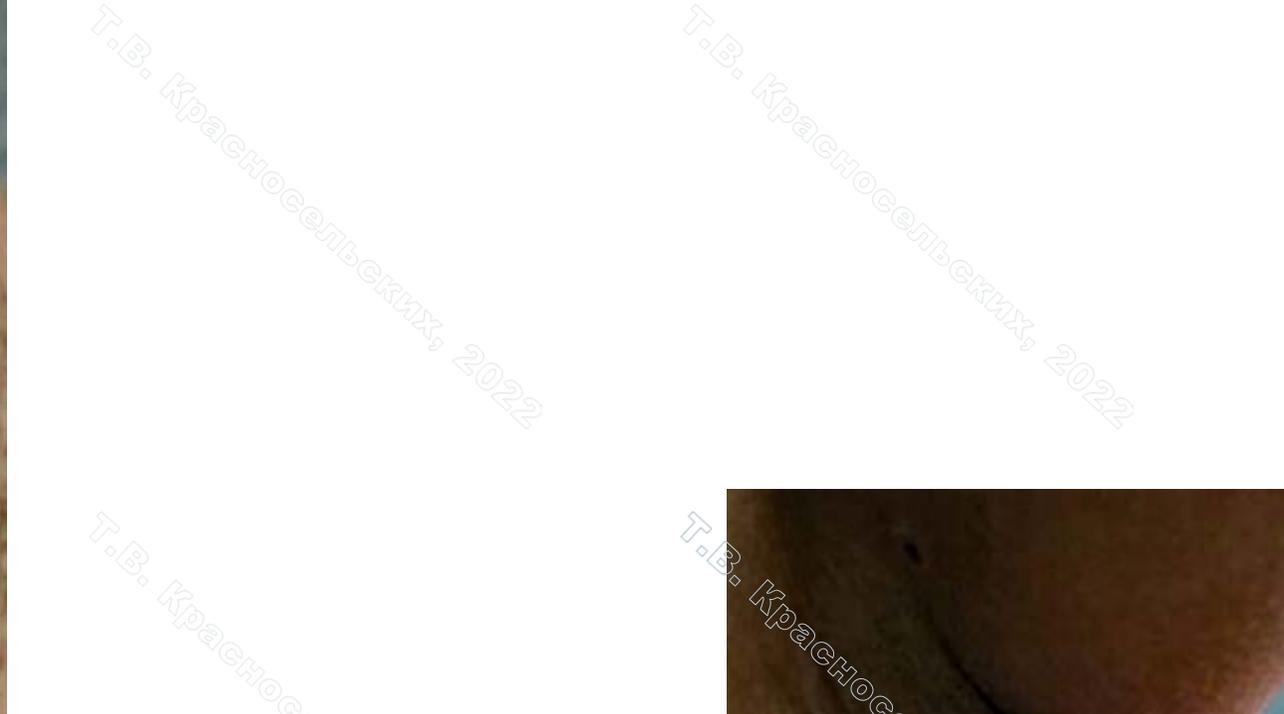
Течение хроническое,
возможно развитие на
гиперпигментированном
фоне легкой атрофии



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: кольцевидная (аннулярная)

- Встречается в 10% сл.
- Кольцевидные элементы формируются в результате:
 - разрешения бляшек в центре с атрофией, западением и сохранением по периферии слегка приподнятого валика из неразрешившегося инфильтрата (кольцевидно-атрофический вариант)
 - разрешения бляшек в центре с сохранением пигментации
 - группировки и слияния мелких папул с образованием дуг, колец, гирлянд, внутри которых остается неизменная на вид кожа





- Диаметр кольцевидных очагов – обычно 1-3 см, количество – 1–10, сосуществуют с типичными высыпаниями
- Локализация: подмышечные впадины, спина, ягодицы, боковые поверхности туловища, шея
- Без субъективных ощущений

Распространенный кольцевидный КПЛ у ВИЧ-инфицированного



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: буллезная

- Редкая форма, связана с распространенным Т-клеточно-опосредованным повреждением дермоэпидермального соединения, наличие пузырей подчеркивает остроту процесса
- Может быть проявлением паранеопластического синдрома (рак желудка, нейробластома, лимфосаркома и др.)
- Пузыри появляются на папулах и бляшках КПЛ, на эритематозных участках и неизменной коже
- Чаще на нижних конечностях
- Высыпания различной величины, с толстой напряженной крышкой, которая в дальнейшем становится дряблой, морщинистой
- Содержимое пузырей прозрачное, желтоватое, слегка опалесцирующее, реже — геморрагическое
- После разрешения высыпаний могут оставаться гиперпигментация и атрофия
- Может нарушаться общее состояние





АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эрозивно-язвенная

- Редкая и наиболее тяжелая форма
- Развивается при эволюции типичных, гипертрофических, буллезных высыпаний
- Локализация: голени, пальцы стоп, подошвы
- Эрозии и язвы имеют круглые или неправильные очертания, плотные края, неровное дно, в основании и по периферии – четко ограниченный бляшечный инфильтрат
- Высыпания болезненны, боль усиливается при ходьбе





Анонхия



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: линейная (зостериформная)



- Чаще у молодых людей (20–30 лет)
- Папулы самопроизвольно располагаются по прямой линии или линиям Блашко (не в результате феномена Кёбнера!)
- Локализация: чаще в области конечности, по ходу нервов, сосудов
- Часто очаги пигментированы (линейный пигментный КПЛ)
- Течение продолжительное

Линии Блашко (1901) – невидимые при обычных условиях линии на коже, расположение которых обусловлено генетически. Предположительно их наличие связано с нарушением миграции клеток кожи в период эмбриогенеза



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: каплевидная



- Острый вариант заболевания
- Множество диссеминированных мелких дискретных лихеноидных папул

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: инверсная

Характеризуется поражением крупных складок (особенно подмышечных), в других локализациях высыпания могут отсутствовать



Инверсный фолликулярный КПЛ



Инверсный пигментный ПЛ

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эритематозная

- Острая форма КПЛ, составляет 2–5% сл.
- Характеризуется внезапным быстрым развитием диффузной эритемы малиново-фиолетового цвета на значительной части кожного покрова туловища и конечностей
- Кожа отечна, выражено шелушение, отдельные папулы не различимы
- Эритема и чешуйко-корки на волосистой части головы
- Интенсивный зуд
- Типичные для КПЛ элементы в небольшом количестве можно обнаружить по периферии эритематозных очагов
- Лихорадка, лимфаденит





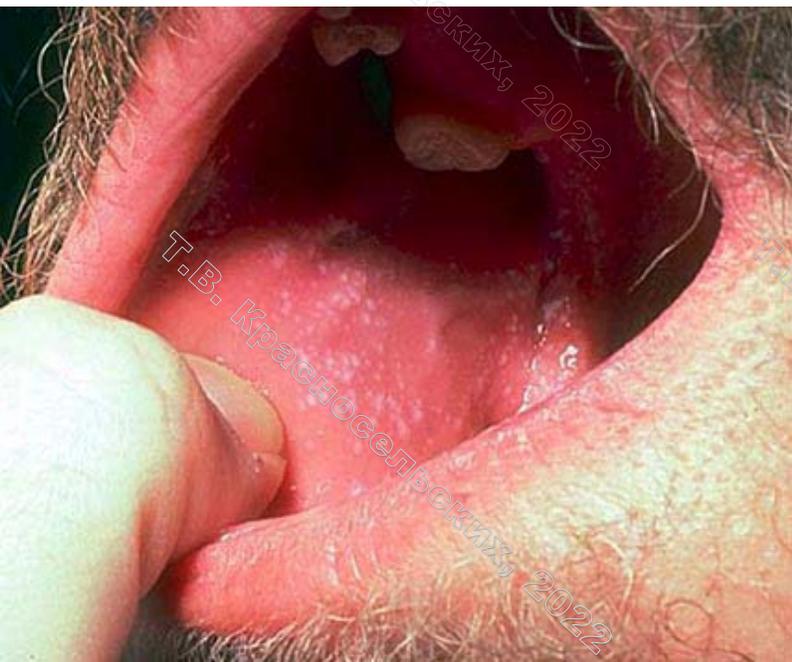
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ

- 95% всех поражений слизистых оболочек при КПЛ – стоматиты, глосситы, гингивиты, тонзиллиты и хейлиты
- Изредка поражаются слизистые оболочки глотки, пищевода, желудка, конъюнктивы
- Поражения слизистой оболочки рта протекают более торпидно, чем поражения кожи, средняя продолжительность существования – около 5 лет
- При типичной форме поражения спонтанная ремиссия происходит в 40% сл.
- Эрозивно-язвенная форма поражения не склонна к спонтанному разрешению, ее рассматривают как предраковое состояние (3–12% малигнизации)



ТИПИЧНАЯ ФОРМА: ретикулярная

- На фоне неизменной слизистой оболочки появляются милиарные папулы серовато-белого цвета (мацерация)
- Инфильтрация незначительна, папулы почти не возвышаются
- Папулы группируются, образуя рисунок в виде сетки, кружева, колец, дуг («морозные узоры» или «лист папоротника»)
- Возможно слияние папул в бляшки с четкими границами, напоминающие лейкоплакию
- Сухость, стянутость, шероховатость слизистой оболочки
- Высыпания двухсторонние





Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



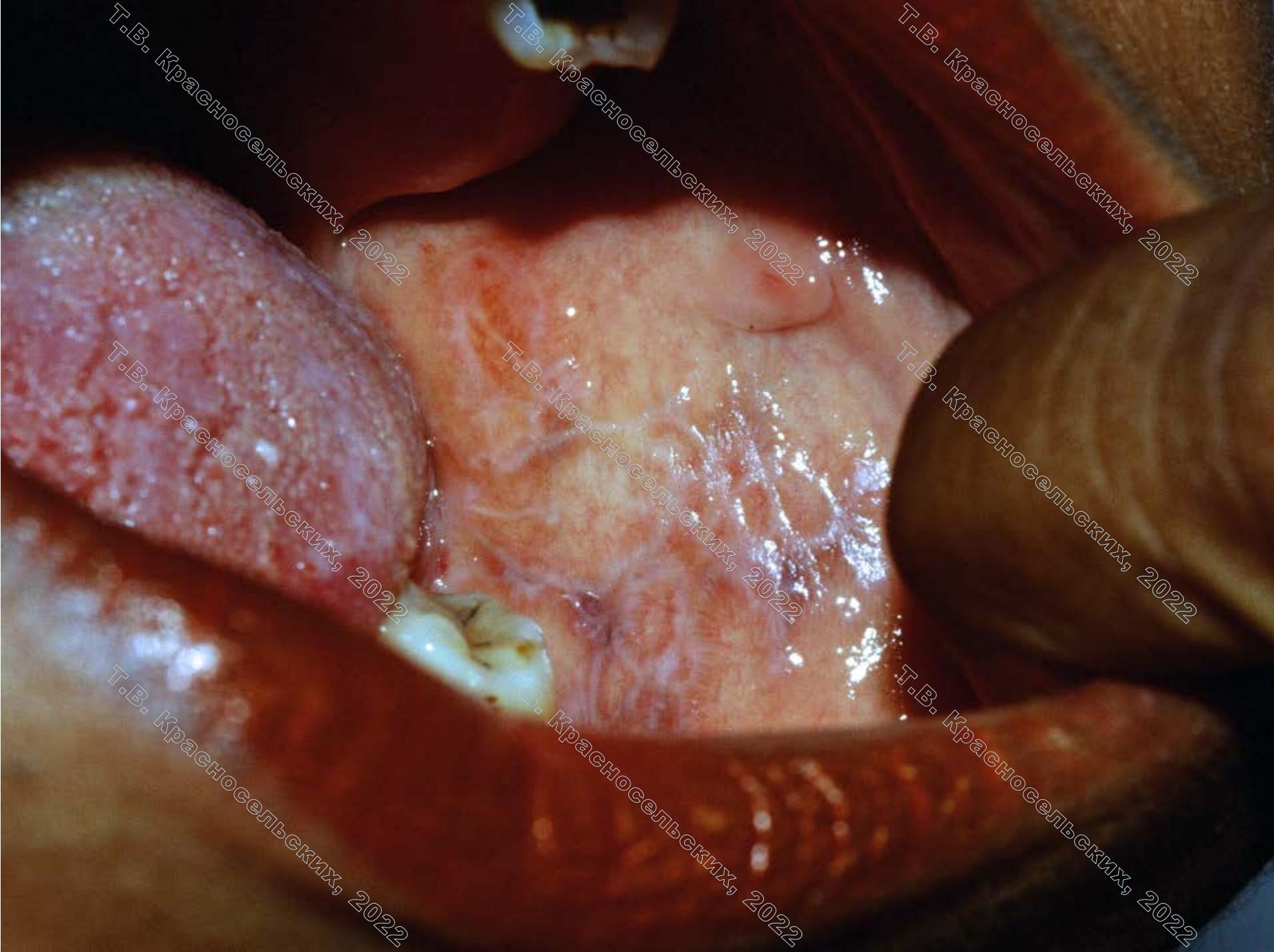
Т.В. Красносельских, 2022

Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

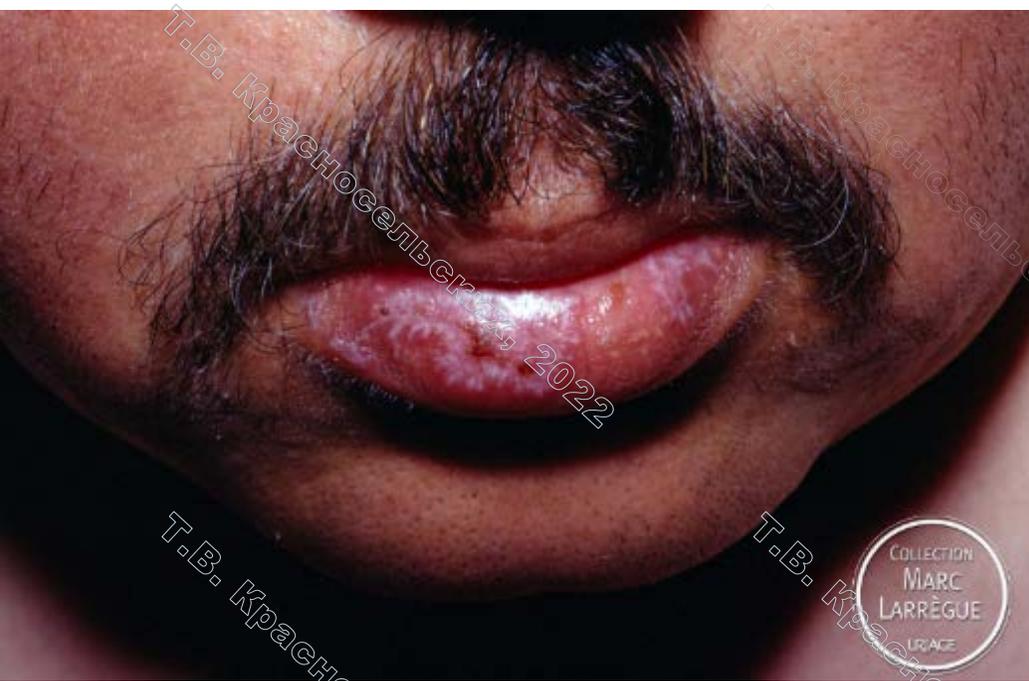
Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

- Локализация: щеки, особенно вдоль линии смыкания зубов (90%), язык (30%), альвеолярный край десен (10%), твердое и мягкое небо, дно полости рта, губы; процесс **двухсторонний**





- На красной кайме губ (чаще на нижней) образуются небольшие, слегка шелушащиеся, фиолетового цвета плоские бляшки, на поверхности которых выявляется серовато-белая сеточка Уикхема



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

Гиперкератотическая – очаги ороговения с четкими границами на фоне типичных папул или веррукозные разрастания на поверхности папул



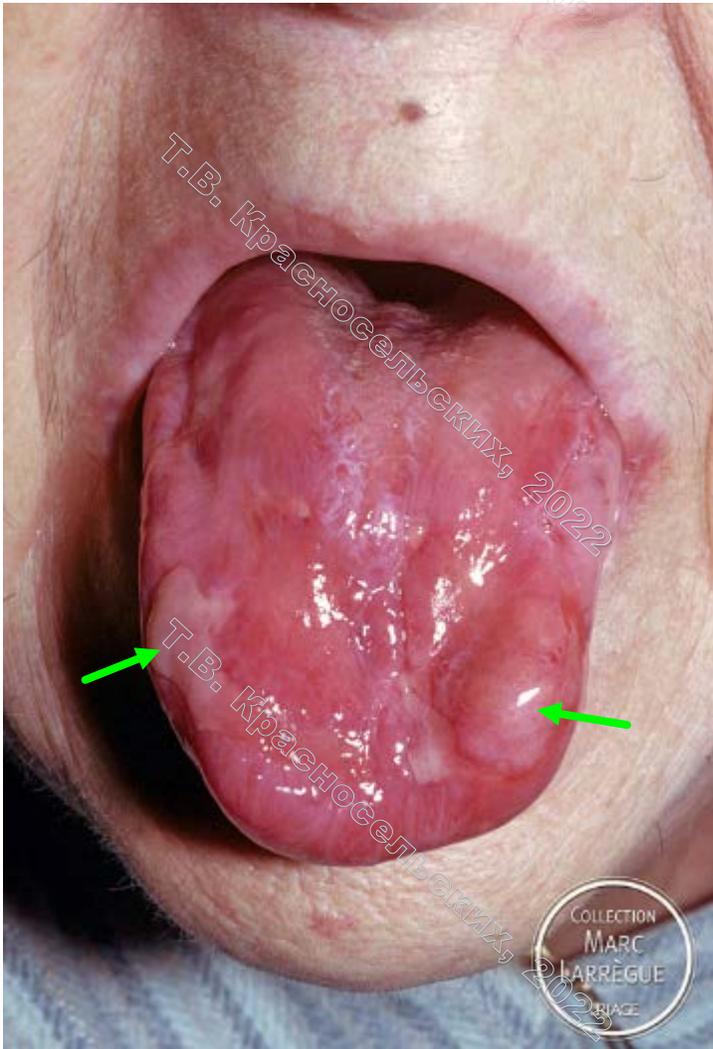
Эксудативно-гиперемическая – типичные серовато-белые папулы на эритематозной и отечной слизистой оболочке



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

Буллезная – характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей диаметром до 1,5–2 см, с серозным содержимым

- Пузыри имеют плотную крышку, существуют до 2 суток
- После вскрытия – быстро эпителизирующиеся болезненные эрозии



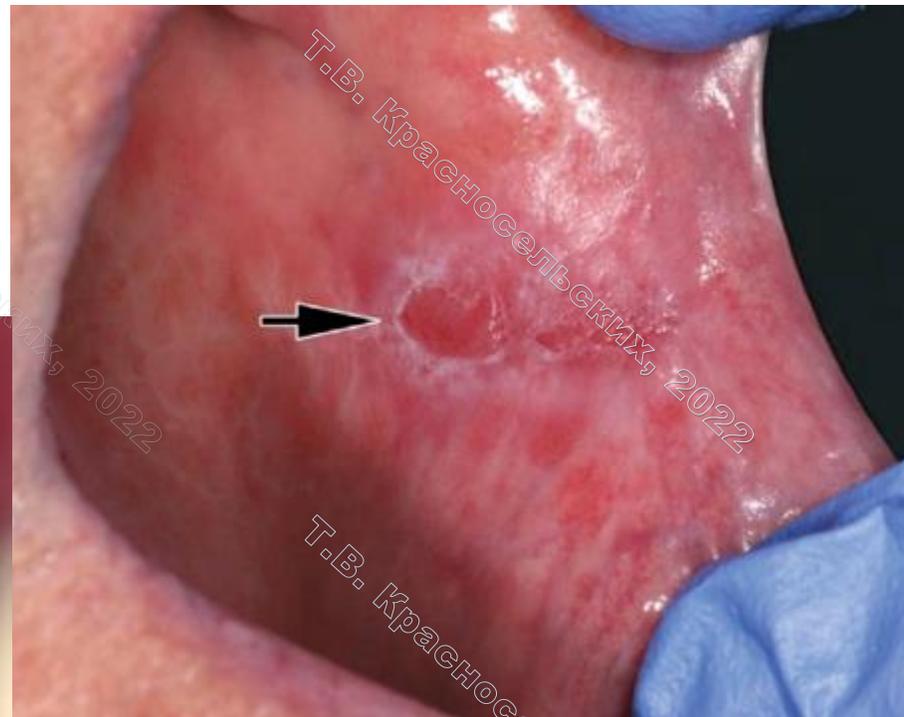
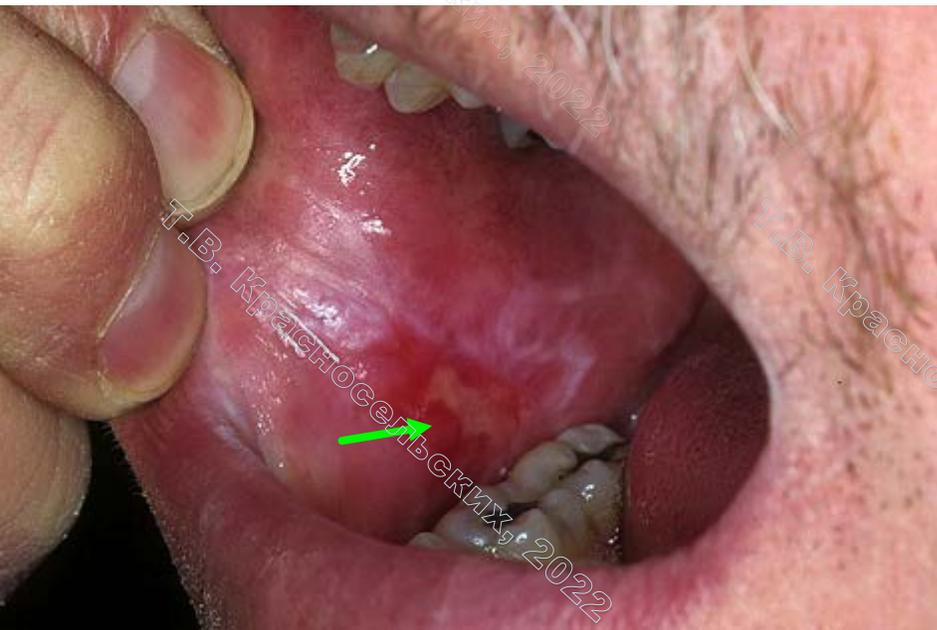
Атрофическая – белые сетевидные участки атрофии на фоне эритемы. Описана у ВИЧ-инфицированных больных на фоне приема зидовудина и кетоконазола



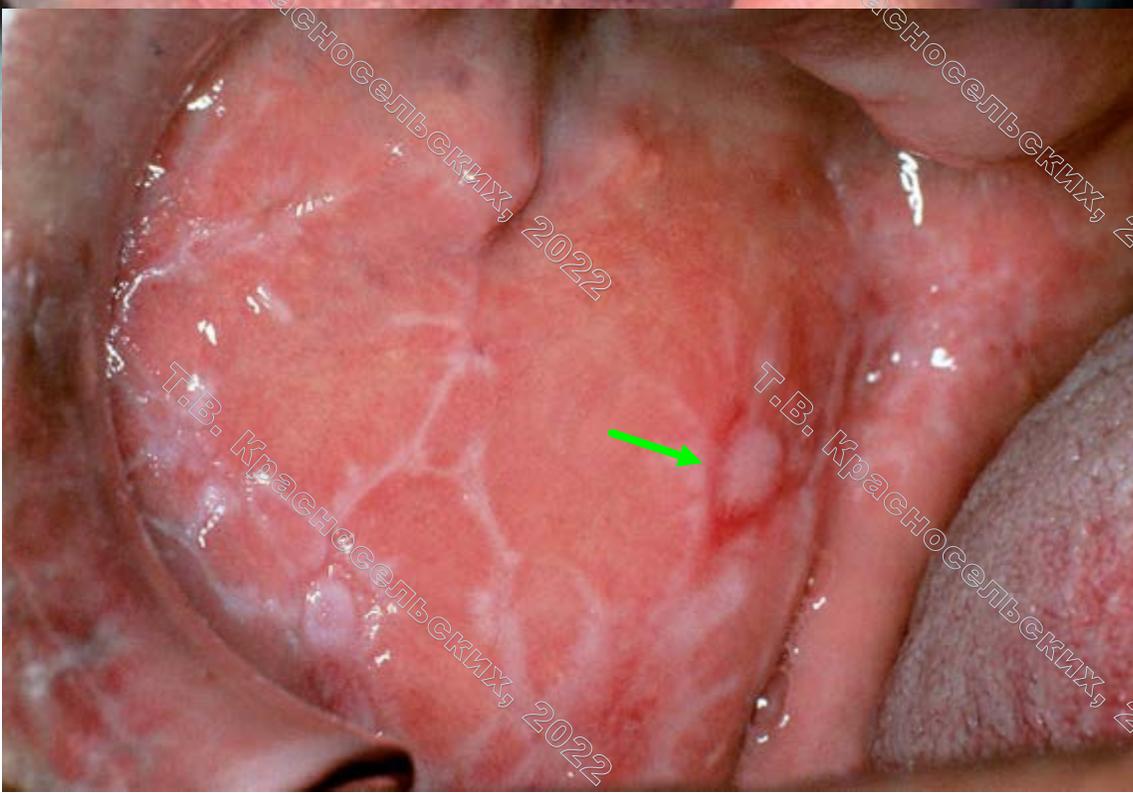
АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ

Эрозивно-язвенная – развивается после травматизации типичных, экссудативно-гиперемических и буллезных очагов

- Единичные или множественные эрозии или язвы, неправильных очертаний, часто покрытые желтоватым фибринозным налетом
- Резко болезненны, могут кровоточить
- Вокруг эрозий/язв могут располагаться типичные сетчатые высыпания на эритематозном и отечном основании
- Характерно многолетнее существование эрозий и язв, резистентность к терапии, повышен риск малигнизации







Синдром Гриншпана–Потекаева (D. Grinspan, 1966; Н.С. Потекаев, 1964)

- эрозивно-язвенный КПЛ слизистой оболочки рта
- сахарный диабет
- артериальная гипертензия

Течение КПЛ прямо зависит от тяжести гипертонической болезни и сахарного диабета



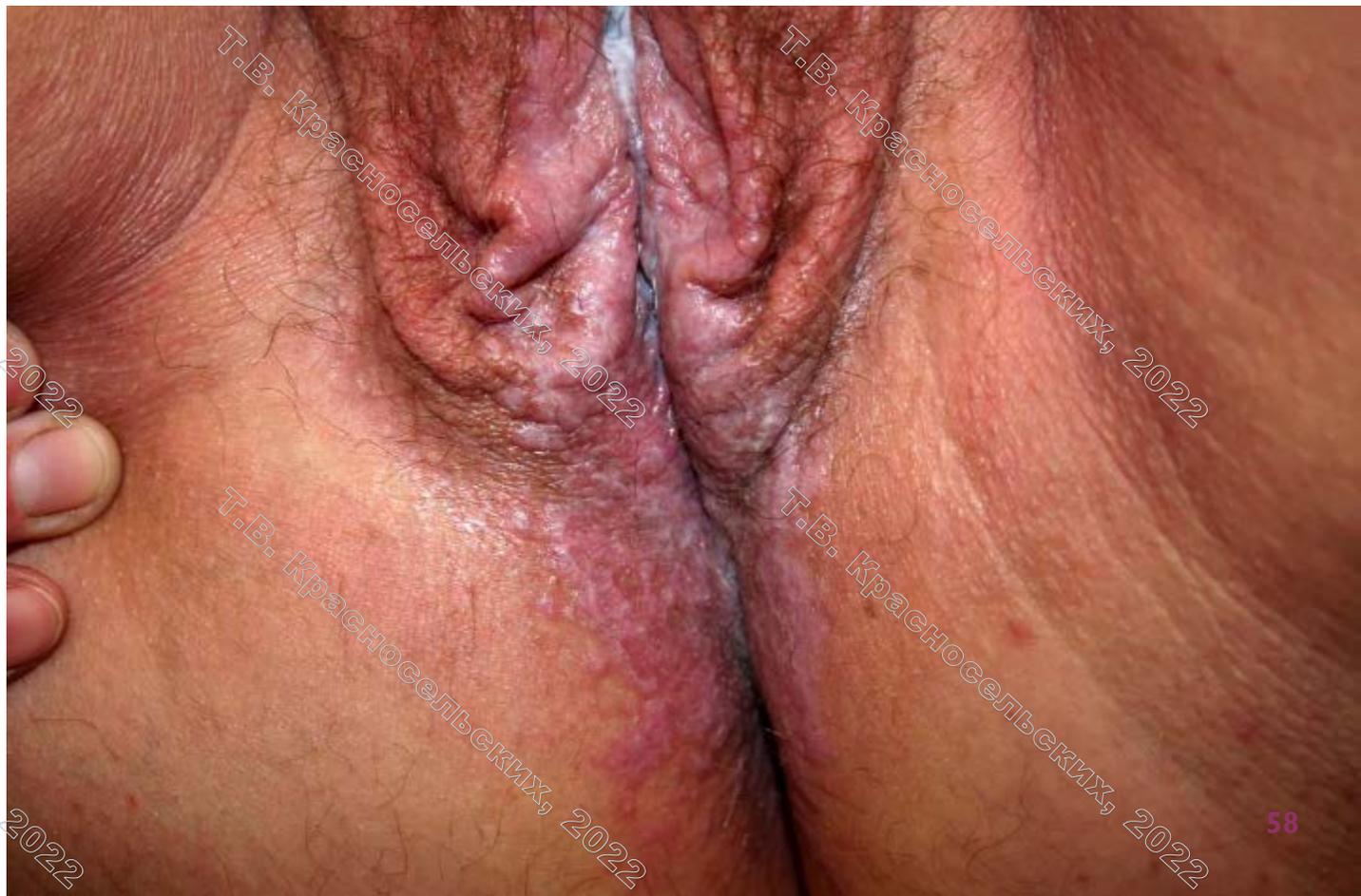
КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ГЕНИТАЛИЙ

- В последние годы частота поражений генитальной области при КПЛ увеличивается, особенно у женщин европеоидной расы в перименопаузальном периоде
- КПЛ гениталий развивается у 20–25% женщин и 3–4% мужчин, имеющих высыпания на слизистой оболочке рта
- Заболеваемость генитальной формой КПЛ недооценена
- Высыпания при КПЛ гениталий, кроме слизистых оболочек, могут располагаться на коже полового члена, мошонки, больших половых губ, в промежности, на лобке, а также распространяться на внутреннюю поверхность верхней трети бедер
- Течение хроническое с обострениями и ремиссиями, при обострении – зуд, жжение, болезненность, диспареуния





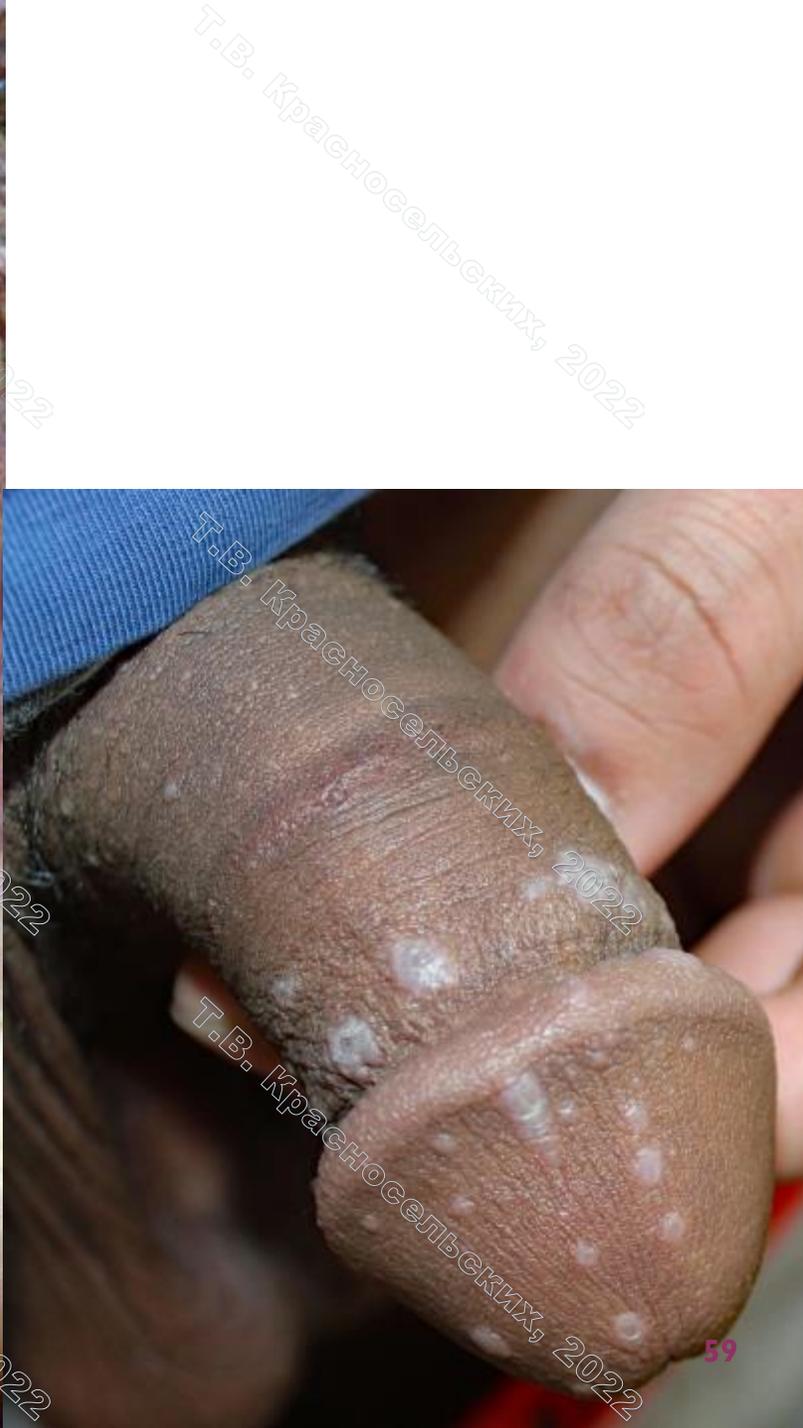
Т.В. Красносельских, 2022



Т.В. Красносельских, 2022

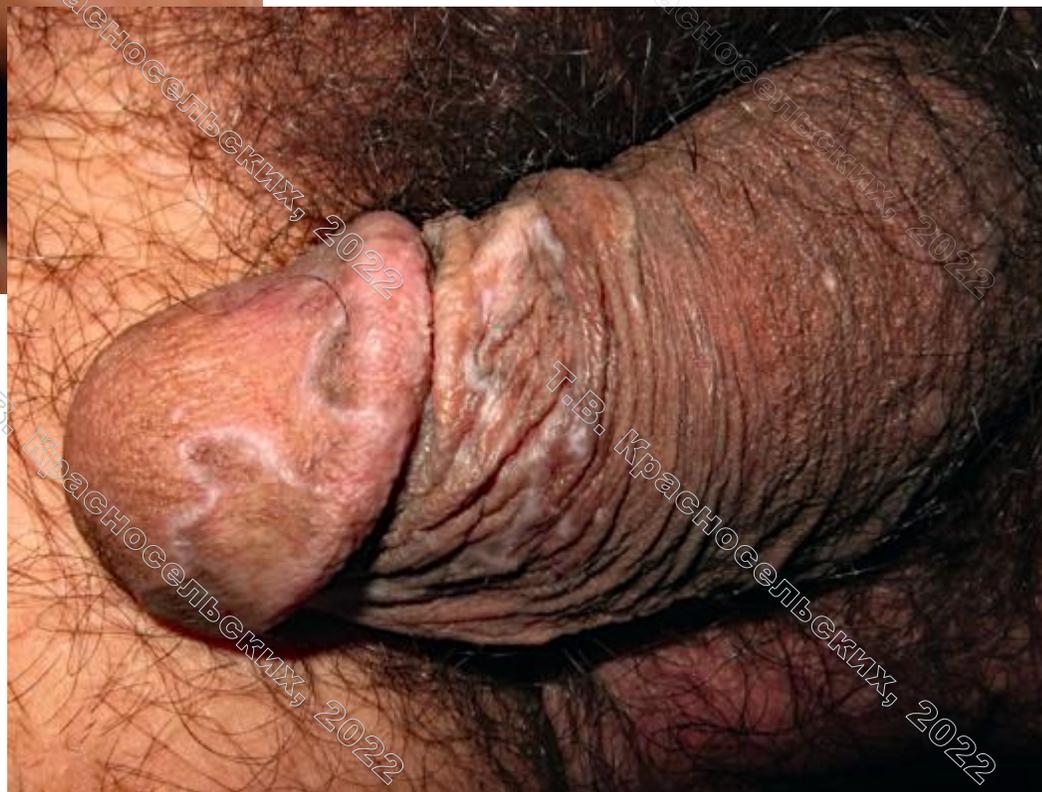


COLLECTION
MARC
LARRÈGUE
LRIAGE



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: кольцевидная

- Встречается чаще у мужчин
- Лихеноидные папулы формируют гирляндоподобные очаги на коже головки и тела полового члена



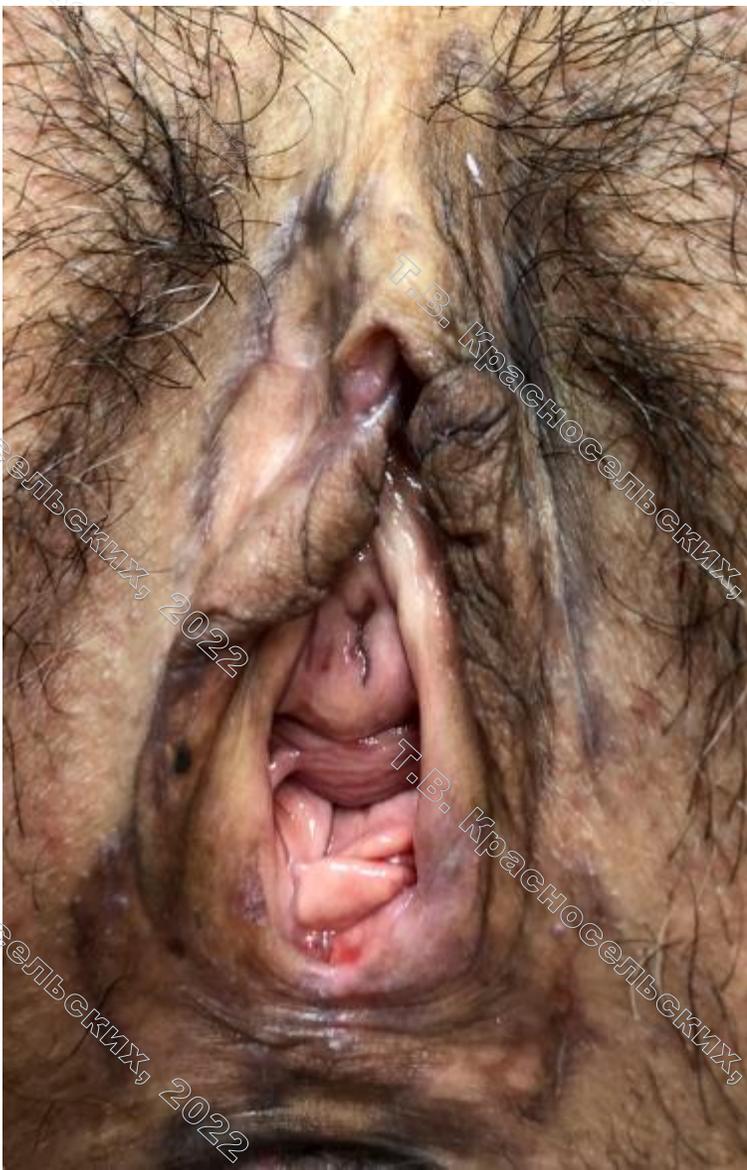
АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: гипертрофическая



- Встречается редко, локализуется чаще на коже промежности, перианально
- Бородавчатые разрастания, могут изъязвляться и инфицироваться → болезненность
- Никогда не поражается слизистая оболочка влагалища



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: ПИГМЕНТНАЯ



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ: эрозивно-язвенная



- Встречается чаще у женщин в постменопаузальном периоде
- Выраженная болезненность, диспареуния
- При вовлечении влагалища – кровоточивость, выделения
- При хроническом течении – рубцовый стеноз влагалища, нарушение архитектоники гениталий
- Фактор риска развития плоскоклеточного рака



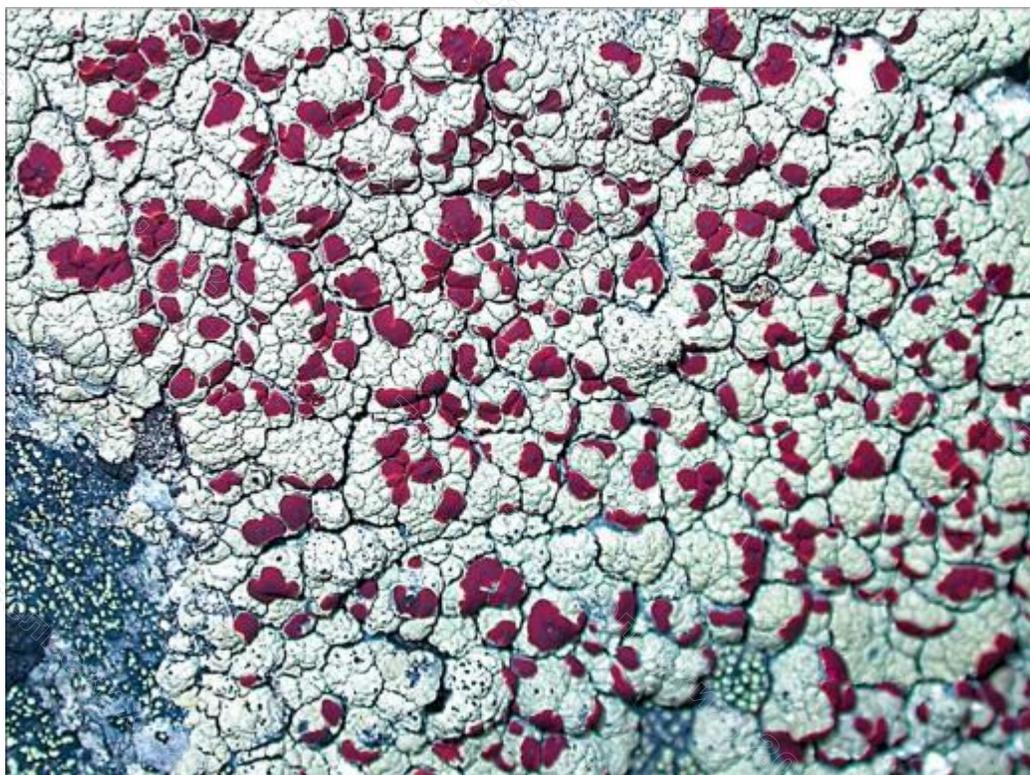
Вульвовагинально-гингивальный синдром, или синдром Хевитта–Пелиссе (J. Hewitt, M. Pelisse и др., 1989) – редкая, хронически протекающая форма КПЛ, проявляющаяся:

- эрозивно-язвенным вульвовагинитом (высыпания на внутренней поверхности малых половых губ, преддверия и стенок влагалища, боль, выделения, диспареуния, посткоитальные кровотечения), а иногда – цервицитом
- эрозивно-язвенным или неэрозивным гингивитом, стоматитом, глосситом

Также могут иметь место:

- алопеция
- ониходистрофия
- стриктура пищевода
- стриктура слухового прохода с поражением барабанной перепонки
- субконъюнктивальный фиброз и стеноз слезного канала
- генерализованный зуд





КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НОГТЕЙ

- Изменения ногтей – у 10–15% больных, изредка могут быть единственным проявлением заболевания
- Обычно поражаются несколько ногтевых пластинок, чаще кистей, чем стоп
- **Диагностически значимые** изменения ногтей: истончение, продольные борозды, ониходексис, атрофия ногтевой пластинки вплоть до анонихии, дорсальный птеригиум
- **Возможные, но диагностически не значимые** изменения: онихолизис, онихауксис, онихошизис, ксантонирия, трахионирия





Т.В. Красносельских, 2022





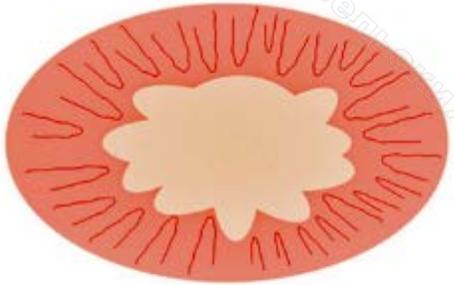
Дорсальный птеригиум ногтя –
крыловидное разрастание заднего
ногтевого валика с плотным
прикреплением непосредственно к
ногтевому ложу и разделением ногтевой
пластинки на две половины



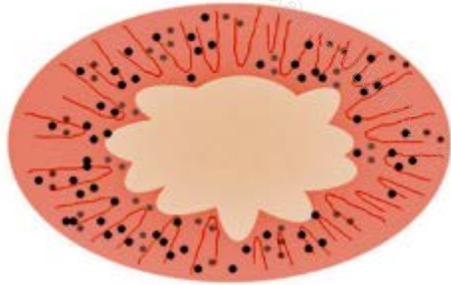


ДИАГНОСТИКА

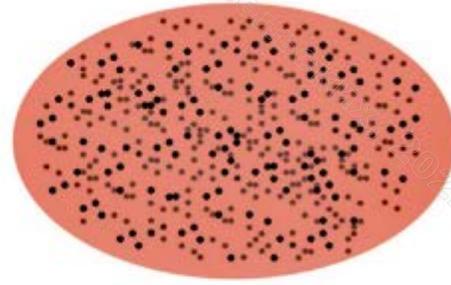
ДЕРМАТОСКОПИЯ



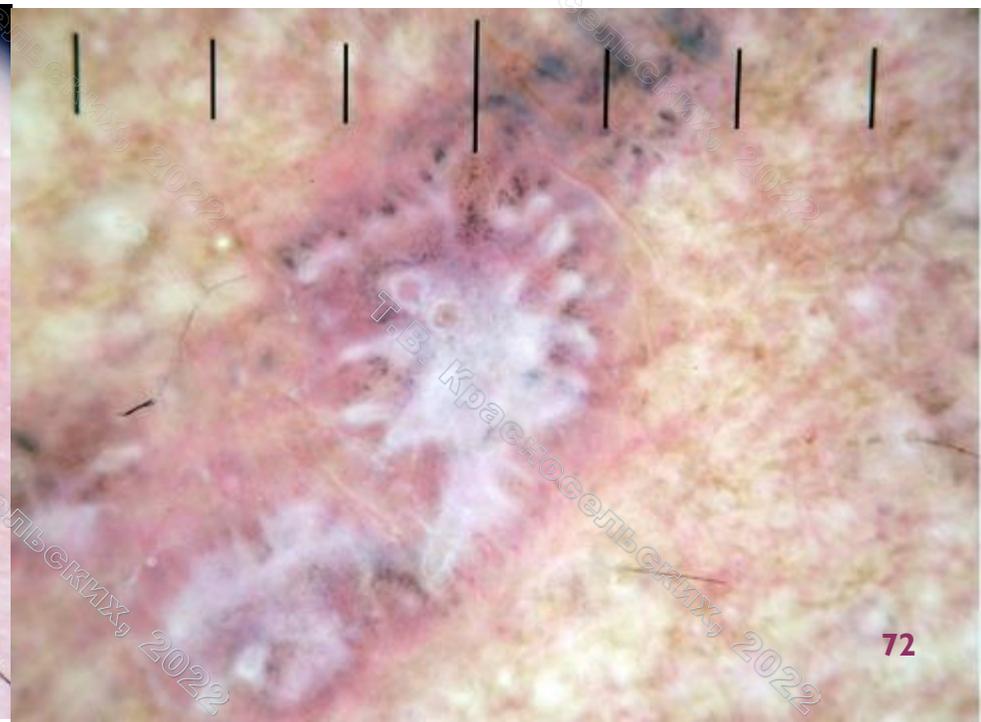
Периферические короткие тонкие телеангиэктазии



Гомогенные розовые области



Зернистая серо-голубая пигментация

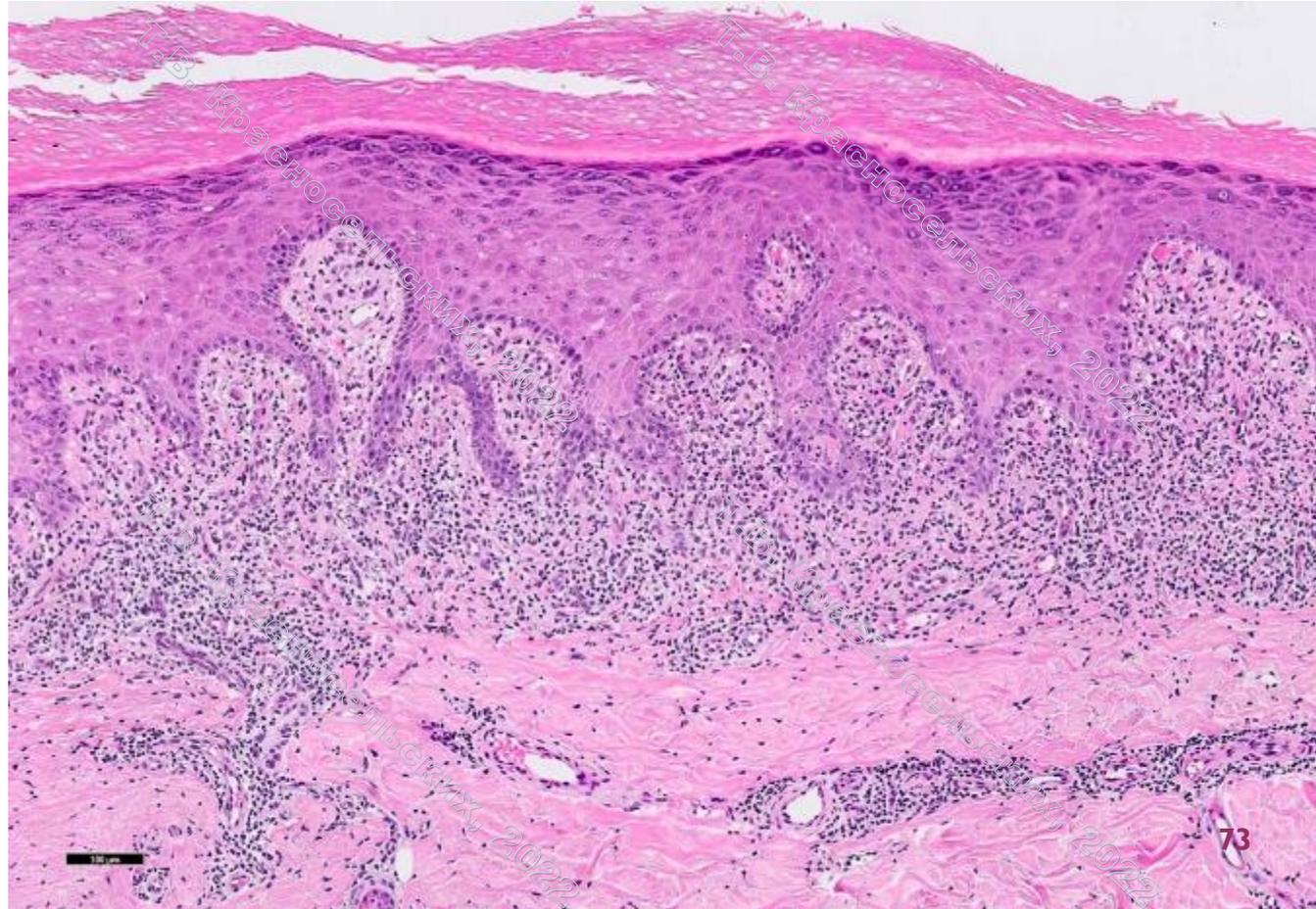


ПАТОМОРФОЛОГИЯ

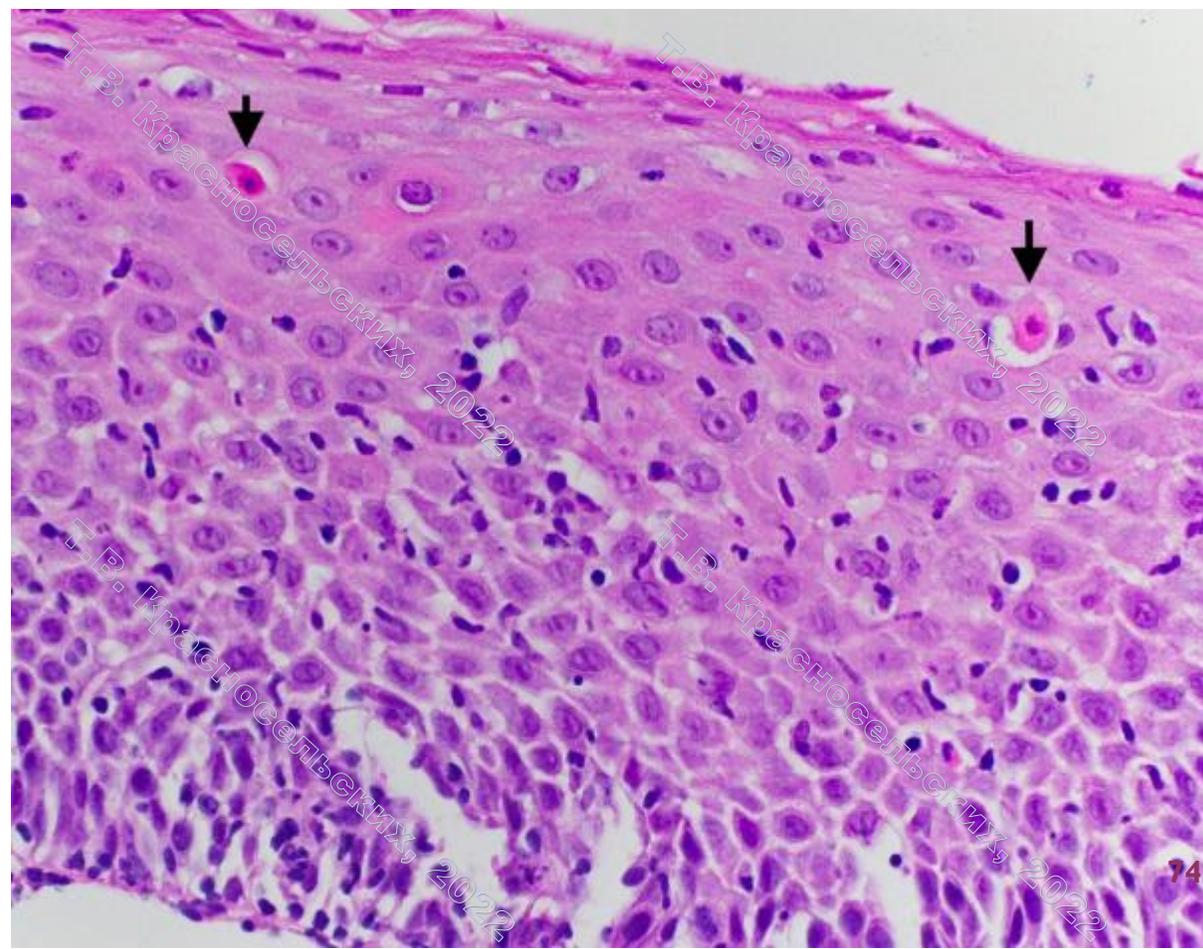
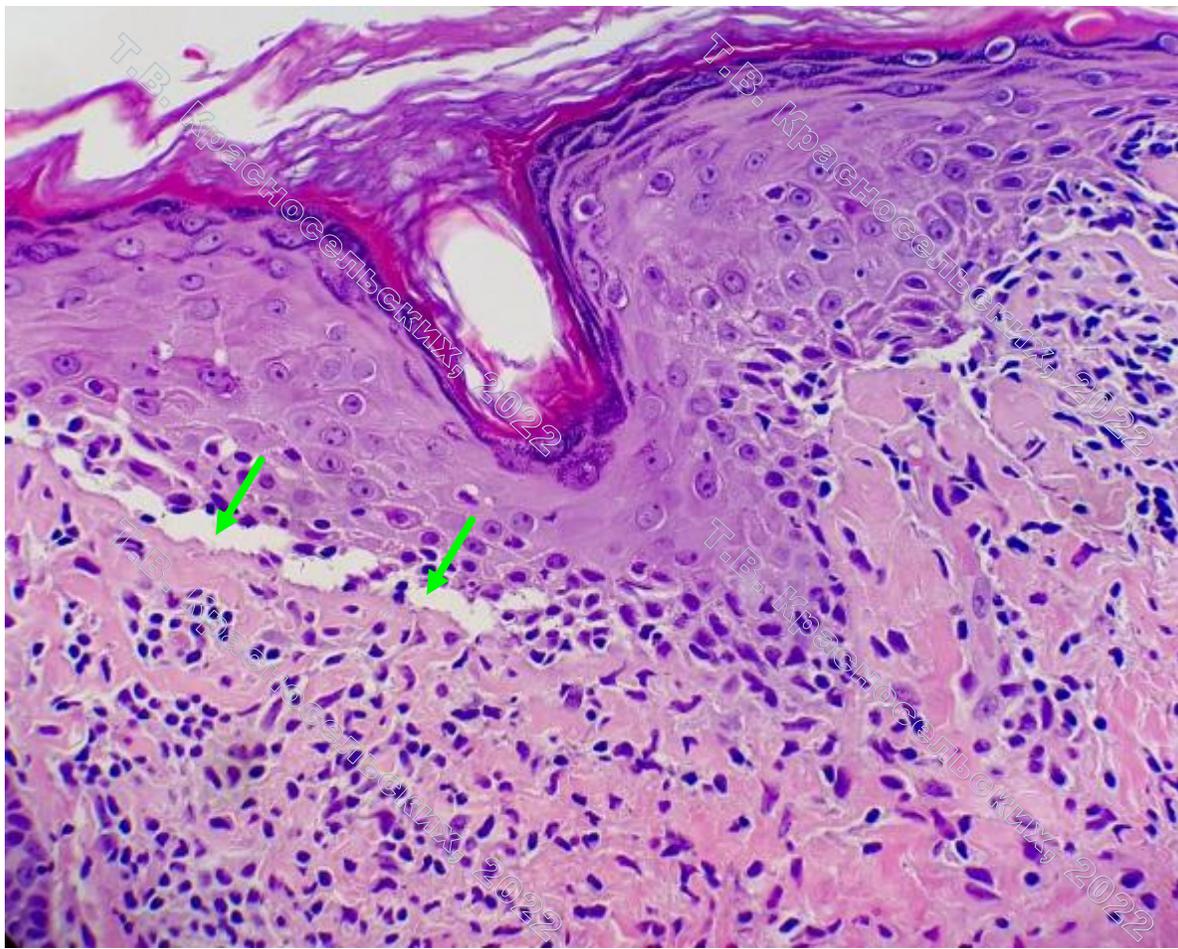
- Гиперкератоз, фокальный паракератоз
- Неравномерное утолщение зернистого слоя (гипергранулез)
- Неравномерный акантоз (удлиненные межсосочковые отростки заострены книзу в виде «зубьев пилы»)

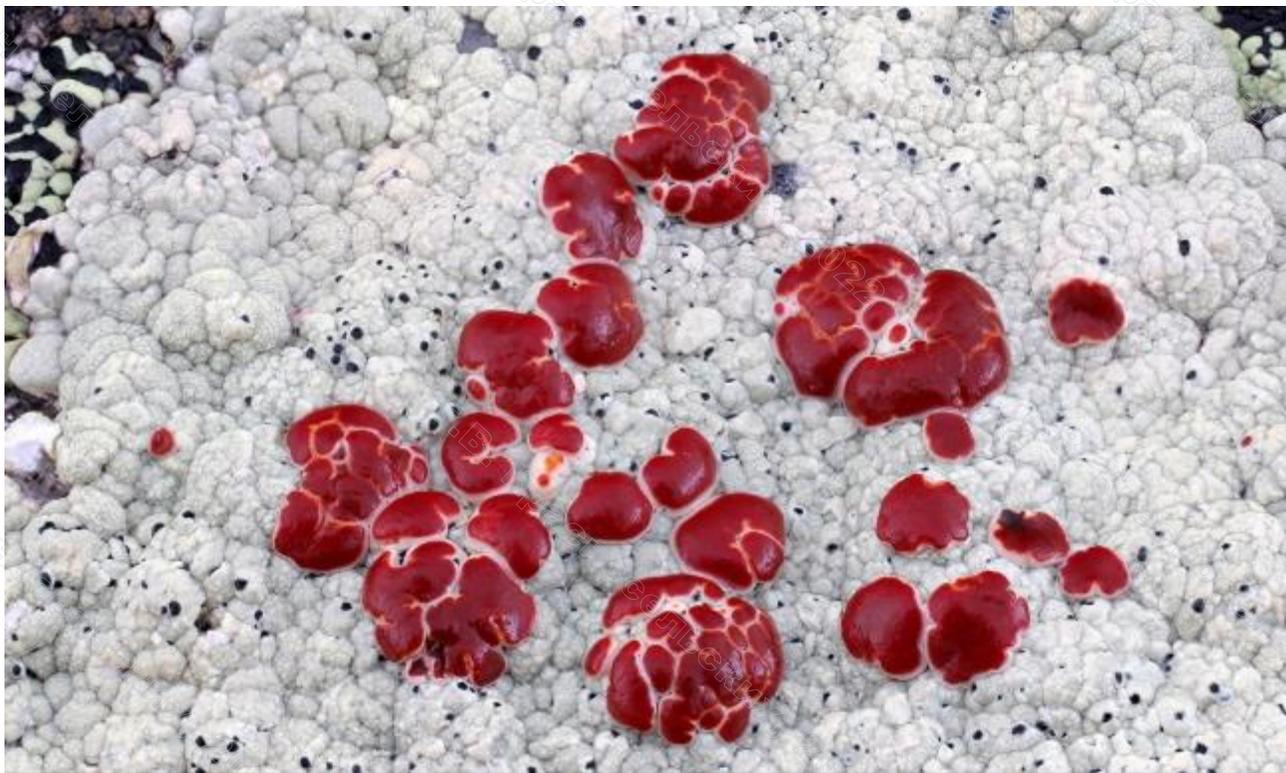


- Очаговый супрабазальный спонгиоз
- Вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса
- В дерме – поверхностный полосовидный аркадообразный лимфогистиоцитарный инфильтрат, в верхнем отделе дермы вплотную примыкающий к эпидермису, «размывая» его нижнюю границу
- Расширение сосудов сосочкового слоя дермы



- Между эпидермисом и дермой часто наблюдаются небольшие субэпидермальные расщелины Max Joseph
- В зоне дермо-эпидермального соединения – гиалиновые (коллоидные) тельца, или тельца Сиватта (отдельные дискератотические кератиноциты)





ЛЕЧЕНИЕ

- **Антималарийные препараты:**

- гидроксихлорохин (Плаквенил) 200 мг п/о 2 р/сут в течение 1–2 мес. под контролем клинич. анализа крови 1 р/мес.

- хлорохин (Делагил) 250 мг п/о 2 р/сут в течение 1 мес., затем по 250 мг 1 р/сут в течение 1 мес. под контролем клинич. анализа крови 1 р/мес.

Антималарийные препараты часто назначают курсами по 7–10 дней с перерывами 3–5 дней ($\Sigma \approx 90$ –100 табл.), можно сочетать с ГКС.

Перед назначением антималярийных препаратов и в процессе лечения 1 раз в 6 мес. рекомендуется осмотр офтальмолога, включающий исследование глазного дна (**ретинопатия!**)

- **Ароматические ретиноиды:**

- ацитретин (Неотигазон) 30 мг/сут перорально в течение 3–8 нед. (под контролем уровня липидов, глюкозы, функций печени, учитывать **тератогенные свойства!**) **off-label**

- **Глюкокортикостероиды** (короткие курсы при острых генерализованных формах):

- преднизолон 20–30 мг/сут п/о до 1–2 мес. с последующей постепенной отменой

- бетаметазон 1 мл 1 раз в 2–3 нед. в/м или внутривенно, на курс 3–4 инъекции

- **Иммунодепрессанты** (при резистентных и распространенных формах):

- циклоспорин 5 мг/кг массы тела в сут п/о 3–8 нед. **off-label** (под контролем АД, креатинина (**нефротоксичен!**), калия, мочевой кислоты, билирубина, трансаминаз, липидного профиля)

- метотрексат 15 мг в неделю в течение 3–4 мес. **off-label** (под контролем клинич. анализа крови, мочи, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины)

- **Антидепрессанты, транквилизаторы, анксиолитики**

- гидроксизин 25–100 мг/сут п/о 28 дней

- **Антигистаминные препараты** (с седативным эффектом)

- мебгидролин 100 мг п/о 2–3 р/сут 7–10 дней

- клемастин 1 мг п/о или в/м 2–3 р/сут 7–10 дней

- **Наружная терапия:**

- противозудные взбалтываемые взвеси с ментолом и анестезином

- глюкокортикостероидные кремы и мази средней и высокой активности (в т.ч. под окклюзионную повязку):

- бетаметазон крем, мазь — 2 р/сут в течение 12 нед.

- клобетазол крем, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- флуоцинолона ацетонид, крем, гель, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- гидрокортизона-17 бутират, крем, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- триамцинолон, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- мометазон крем, мазь, лосьон — 1–2 р/сут в течение 4–8 нед.

- бетаметазон + салициловая кислота, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- флуметазон + салициловая кислота, мазь — 2 р/сут в течение 4–8 нед.

- обкалывание глюкокортикостероидами крупных и веррукозных очагов



- **Фототерапия:** узкополосная средневолновая ($\lambda=311$ нм) 3–4 р/нед. 6–12 нед. (при незначительной инфильтрации очагов) или PUVA-терапия с метоксаленом (**off-label**), на курс 8-23 процедур (при распространенных формах, выраженной инфильтрации очагов)

- **При поражении слизистой оболочки рта, губ и**

- вульвы: топические ГКС**

- бетаметазон крем, мазь 2 р/сут 8 нед.
- триамцинолон мазь — 3 р/сут 12 нед.
- флуоцинолона ацетонид крем, гель, мазь — 2 р/сут 4–12 нед.
- клобетазол крем, мазь — 2 р/сут 4–8 нед.

- **При эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки рта, губ и**

- вульвы:**

- **ранозаживляющие** средства наружно: алоэ древовидного листья, линимент — 2 р/сут на очаги поражения
- **обезболивающие** средства:
 - лидокаин + экстракт цветов ромашки аптечной, гель (Камистад) — полоску длиной 0,5 см наносят на болезненные или воспаленные участки слизистой оболочки рта и втирают 3 р/сут
 - холина салицилат + цеталкония хлорид, гель стоматологический (Холисал) — полоску длиной 1 см для взрослых и 0,5 см для детей втирают легкими массирующими движениями в пораженный участок 2–3 р/сут до или после еды и перед сном



Ophioparma ventosa