

## **Клинические рекомендации**

### **Красный плоский лишай: проявления в полости рта**

#### **Кодирование по Международной статистической классификации**

**болезней и проблем, связанных со здоровьем:**

**L43; L43.1 / L43.1X; L43.2 / L43.2X; L43.8 / L43.80,**

**L43.81, L43.82, L43.83, L43.88, L43.89**

**Возрастная группа: взрослые**

**Год утверждения: 2021 (не реже 1 раза в 3 года)**

#### **Профессиональные**

**Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии,**

**диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и**

**противопоказания к применению методов лечения**

#### **Общие подходы к лечению КПЛ СОПР: принципы, цель, задачи**

Лечение КПЛ СОПР реализуется врачом-стоматологом в амбулаторных условиях, совместно с врачом-дерматовенерологом и, при необходимости, с врачами-терапевтами в рамках основных профессиональных компетенций; строится на принципах комплексного персонифицированного подхода.

Лечение КПЛ СОПР/ККГ проводится с учетом:

- формы, стадии, характера течения заболевания, степени выраженности местных симптомов (болевого, парестетического, ксеростомического и др.), наличия и выраженности сопутствующих функционально-эстетических нарушений в ЧЛО, степени их влияния на стоматологические показатели КЖ;
- вовлеченности в процесс кожи и слизистых других локализаций, а также стадии, формы и характера течения собственно дерматоза;

- наличия, уровня коморбидности и степени компенсированности сопутствующих системных заболеваний;
- возможности устранения / коррекции выявленных местных и системных факторов риска;
- сведений об эффективности проводимой ранее терапии;
- индивидуальной переносимости пациентом тех или иных лекарственных препаратов/рефрактерности к различным видам медикаментозной терапии;
- психоэмоционального состояния пациента, его настроенности на и приверженности к лечению;
- уровня онкологической настороженности врача-стоматолога и стоматологического пациента

Комплексное лечение пациентов с различными формами КПЛ СОПР предполагает последовательное решение следующих *задач*:

- контроль отечно-болевого, парестетического и др. симптомов за счет эффективной противовоспалительной и обезболивающей терапии;
- устранение местных травмирующих факторов (сглаживание острых краев разрушенных зубов; замена некачественных зубных протезов на рациональные конструкции из биологически инертных материалов; устранение разнородных металлов); коррекция программ индивидуальной ГПР с исключением пользования средствами с раздражающим, лихенизирующим, ульцерогенным и др. свойствами;
- исключение/ограничение вредных привычек (курение, алкоголь, привычное прикусывание СОПР);

- стимулировать репаративной регенерации эрозированной / изъязвленной СОПР за счет топического применения кератоплатических средств, физических факторов и др.;
- восстановление регуляции процессов ороговения при гиперкератотической форме с использованием физических факторов (криодеструкция, лазерная абляция, диатермокоагуляция и др.);
- нормализация микробного гомеостазу регуляция состава и свойств микрофлоры полости рта при присоединении грибковой инфекции за счет рациональной противогрибковой терапии;
- нормализация жидкостного гомеостаза улучшение функциональной активности секреторного аппарата (больших и малых слюнных желез) полости рта у пациентов с сопутствующим ксеростомическим симптомом;
- коррекция системных нарушений у пациентов с сочетанной общей патологией (по назначению врачей-терапевтов);
- коррекция нарушений местного и общего иммунитета (по назначению врачей-терапевтов, иммунологов);
- коррекция врачом-клиническим фармакологом (совместно с лечащим врачом-терапевтом) схем медикаментозной терапии, назначенной пациенту по поводу сопутствующей системной патологии (исключение /замена на индифферентные аналоги препаратов с ксерогенным, лихенизирующим, ulcerогенным, раздражающим, дисгеузическим действием);
- нормализация психоэмоциональной сферы пациента путем рациональной психо-фармако- и /или физиотерапии;
- повышение общей резистентности организма и общее оздоровление пациента, нормализация режимов труда и отдыха и др.;
- коррекция пищевого рациона с исключением горячей, острой, соленой пищи, ее обогащением витаминами (А,Е,С), микроэлементами и др.

- профилактика озлокачествления эрозивно-язвенной и гиперкератотической форм путем рационального лечения с динамическим клинико-морфологическим мониторингом.

Основная *цель* лечения пациента с осложненными формами КПЛ СОПР – достижение стойкой ремиссии с полным купированием клинически манифестных симптомов заболевания и улучшением стоматологических составляющих качества жизни.

Случаи спонтанной ремиссии и полного выздоровления (купирование всех проявлений кожно-слизистого дерматоза) больных КПЛ СОПР малочисленны, отмечены лишь у молодых пациентов с типичной формой заболевания.

### **Лечение пациентов с различными формами КПЛ СОПР**

Схемы местного и общего лечения пациентов с КПЛ СОПР определяются индивидуально. При достижении стойкой ремиссии / стабилизации терапия может быть прекращена.

При отсутствии положительной динамики или ухудшении течения заболевания принимается коллегиальное решение об альтернативном методе лечения.

### **Лечение пациентов с неосложненной (типичной) формой КПЛ СОПР:**

- ☐ Не рекомендуется назначать медикаментозное (местное или общее) лечение [3];
- ☐ Рекомендуется выявить и устранить имеющиеся у пациента местные и системные факторы риска КПЛ;
- ☐ Рекомендуется дать пациенту советы по пищевым рационам (исключение острой, соленой, горячей пищи; прием продуктов, богатых витаминами и др.);

☐ Рекомендуется предоставить пациенту информацию о характере, причинах и прогнозах заболевания, привить разумную онконастороженность;

☐ Рекомендуется дать совет пациенту по выбору средств и методов индивидуальной ГПР (использование мануальных зубных щеток с мягким типом щетины (типа Soft), электрических зубных щеток с насадкой для чувствительных зубов (типа Sensitive); зубных паст на гелевой основе, с низкой абразивностью и низким содержанием лаурилсульфата натрия (не более 1,5%); ополаскивателей с 0,06% хлоргексидином биглюконатом, не содержащих спирт;

☐ Рекомендуется поставить пациента на диспансерный учет с периодичностью осмотров врача-стоматолога каждые 6 мес.

### **Лечение пациентов с экссудативно-гиперемической формой КПЛ СОПР**

☐ Рекомендуется проведение местной обезболивающей терапии для снижения выраженности / купирования болевого симптома:

*Бензидамина гидрохлорид* (0,5% раствор) для полоскания полости рта 2-3 раза в день, вплоть до купирования болевого симптома.

или

*Лидокаина гидрохлорид* (2% гель) для аппликаций на болезненные участки 3 раза в день, вплоть до купирования болевого симптома.

или

*Лидокаин + ромашки аптечной цветков экстракт* (гель) для аппликаций на участки воспаления 3 раза в день, вплоть до купирования отечно-болевого симптома.

☐ Рекомендуется местное применение антисептических препаратов для контроля микробного гомеостаза ПР и профилактики присоединения

вторичной инфекции на фоне ограниченных возможностей ГПР в период обострения:

*Хлоргексидина биглюконат* (0,2% раствор) для полоскания полости рта 2-3

раза в день в течение 5-7 дней

☐ Рекомендуется проведение местной противовоспалительной терапии для купирования отечно-воспалительного симптома:

*Холина салицилат + цеталкония хлорид* (гель) для аппликаций на участки

воспаления 3-4 раза в день вплоть до купирования воспаления.

☐ Рекомендуется в случаях неэффективной симптоматической местной противовоспалительной терапии проведение местной противовоспалительной и иммуномодулирующей терапии глюкокортикостероидными препаратами (ГКС) умеренной активности:

*Триамцинолона ацетонид* (0,1% мазь / крем) для аппликаций на участки

поражения 2-3 раза в день в течение 4 недель (3 раза в день – первые две

недели, затем 2 раза в день в последующие две недели), вплоть до

достижения стойкой ремиссии (перехода в типичную форму)

или

*Бетаметазона натрия фосфат* (500мкг растворить в 10-15 мл кипяченной

воды) для полоскания полости рта 4 раза в день в течение 4-6 недель, вплоть

до достижения стойкой ремиссии (перехода в типичную форму).

**Комментарии:** длительное местное применение лекарственных средств на основе ГКС умеренной активности у части пациентов может сопровождаться симптомом жжения СОПР, выраженность которого может потребовать остановки курса лечения; присоединением грибковой инфекции.

☐ Рекомендуется при длительной местной терапии ГКС, под контролем показателей микробиоценоза ПР использовать противогрибковые средства для профилактики и лечения кандидоза СОПР:

*Клотримазол*(1% крем или раствор) для аппликаций на участки поражения 3-4 раза в день, вплоть до стабилизации клинико-микробиологических показателей.

или

*Нистатин*(мазь) для аппликаций на участки поражения 2 раза в день, вплоть до стабилизации клинико-микробиологических показателей.

☐ Не рекомендуется для обезболивания / купирования воспаления в СОПР использовать лекарственные средства в форме спрея во избежание дополнительного травмирования воспаленной СОПР и развития симптома Кебнера (появление новых элементов поражения в местах травмирования).

☐ Рекомендуется по мере стихания воспаления последовательно устранять местные раздражающие факторы, выбрать рациональные режимы ГПР.

☐ Рекомендуется, по показаниям, проведение системной медикаментозной терапии с использованием седативных, антигистаминных, иммунокорректирующих, витаминных и др. препаратов.

☐ Рекомендуется поставить пациента на диспансерный учет с периодичностью осмотров врача-стоматолога в течение первого года каждые 1,5-2 мес., в последующие годы – 1 раз в 3 месяца.

### **Лечение пациентов с осложненными (эрозивно-язвенной, буллезной)**

#### **формами КПЛ СОПР**

☐ Рекомендуется проведение местной обезболивающей терапии для снижения выраженности / купирования болевого симптома.

□ Рекомендуется местное применение антисептических препаратов для контроля микробного гомеостаза ПР и профилактики присоединения вторичной инфекции на фоне ограниченных возможностей ГПР в период обострения.

□ Рекомендуется проведение местной противовоспалительной и иммунокорректирующей терапии высокоактивными топическими стероидами в качестве *препаратов первой линии*:

*Клобетазола пропионат* (0,05% крем) для аппликаций на участки поражения тонким слоем 2 раза в день, вплоть до полной эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), но не более 4-х недель.

или

*Бетаметазона дипропионат* (0,05% мазь / крем) для аппликаций на участки поражения 2 раза в день, вплоть до полной эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), но не более 4-х недель.

**Комментарии:** Применение ГКС противопоказано при наличии тяжелой гепатобилиарной патологии, беременности или лактации, выраженном дисбиозе в полости рта, в т.ч. грибковой инфекции СОПР, подтвержденной результатами лабораторных исследований. Непременное требование к применению кортикостероидного препарата – его строгое дозирование – крем /мазь наносить тонким слоем и только на участки поражения СОПР, особенно при обширных дефектах, соблюдать строгий временной регламент использования (продолжительность аппликации –не более 5 минут), а также постпроцедурный регламент – воздержание от питья, еды в течение 30 минут после нанесения препарата.



☐ Рекомендуется при длительной местной терапии ГКС, под контролем показателей микробиоценоза ПР использовать противогрибковые средства для профилактики и лечения кандидоза СОПР:

*Клотримазол*(1% крем или раствор) для аппликаций на участки поражения 3-4 раза в день, вплоть до стабилизации клинико-микробиологических показателей.

или

*Нистатин*(мазь) для аппликаций на участки поражения 2 раза в день, вплоть до стабилизации клинико-микробиологических показателей.

☐ Рекомендуется у пациентов, имеющих противопоказания к использованию высокоактивных топических стероидов, в качестве *препаратов второй линии* местно назначать ингибиторы кальциневрина в качестве иммуномодулирующей и противовоспалительной терапии:

*Пимекролимус*(1% крем) для аппликаций на участки поражений 2 раза в день; вплоть до полной эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), но не более 4-х недель.

**Комментарии:** противопоказаниями к лечению с использованием ингибиторов кальциневрина являются беременность, кормление грудью, выраженный иммунодефицит по данным иммунограммы, злокачественные новообразования в анамнезе. Требования к применению: апплицировать тонким слоем на участки поражения (эрозии, язвы, зоны гиперемии и отека) на 15 – 20 минут.

Постпроцедурный регламент: воздержаться от питья, приема пищи, жевательной резинки в течение часа с момента нанесения препарата.

☐ Рекомендуется у пациентов, имеющих противопоказания к применению

высокоактивных топических стероидов и ингибиторов кальциневрина, использовать в качестве противовоспалительного и противогрибкового средства:

*Алоэ древовидное* (гель / линимент / ополаскиватель) для аппликаций на участки поражения / полоскания полости рта 2-3 раза в день, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), в течение 2-3 недель.

□ Рекомендуется в качестве альтернативы местной кортикостероидной терапии применение топических ретиноидов, оказывающих противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, стимулирующих процессы регенерации СОПР /ККГ:

*Изотретиноин*(0,05-0,1% мазь / гель) для аппликаций на участки поражения 1-3 раза в день, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), в течение 2-3 мес.

**Комментарии:** В процессе лечения ретиноидами возможно: изменение уровня трансаминаз, гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии, гипергликемии, развитие гепатита и др., поэтому необходим контроль уровня липидов, глюкозы в крови, функции печени. При длительном применении изотретиноина возможно появление сухости и жжения в полости рта.

□ Рекомендуется после купирования острой фазы КПЛ-ассоциированного воспаления назначение препаратов, стимулирующих процессы регенерации и эпителизации СОПР/ККГ:

*Депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят* (гель / мазь / дентальная адгезивная паста) для аппликаций на участки поражения 2-3 раза в день, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии).

□ Не рекомендуется в целях обезболивания, купирования воспаления и оптимизации эпителизации регенерации СОПР использовать лекарственные средства в форме спрея во избежание дополнительного травмирования СОПР

и развития симптома Кебнера (появления новых элементов поражения в местах травмирования).

□ Рекомендуется, по показаниям, проведение системной медикаментозной терапии с использованием седативных, антигистаминных, иммунокорректирующих, витаминных и др. препаратов.

□ Рекомендуется поставить пациента на диспансерный учет с периодичностью осмотров врача-стоматолога в течение первого года каждые 1,5-2 мес., в последующие годы – 1 раз в 3 месяца.

**Особенности лечения пациентов с непрерывно-рецидивирующей эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР, резистентной к топической кортикостероидной терапии.**

□ Рекомендуется при резистентности к лечению высокоактивными топическими стероидами у пациентов с тяжелым, непрерывно-рецидивирующим течением эрозивно-язвенной формы, особенно имеющих иные кожно-слизистые проявления, проведение дополнительной системной кортикостероидной терапии:

*Преднизолон 0,5-1,0 мг на кг массы тела перорально ежедневно в течение 3-х недель, вплоть до клинического улучшения / стабилизации с последующим постепенным снижением дозы и отменой ГКС.*

**Комментарии:** системная кортикостероидная терапия назначается совместно с врачом-дерматовенерологом, с учетом противопоказаний и возможных побочных эффектов.

□ Рекомендуется пациентам с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР, проходящим курс системной кортикостероидной терапии, под контролем показателей микробиоценоза ПР проводить противогрибковую терапию:

Местно:

*Клотримазол* (1% крем / раствор) для аппликации / орошения участков поражения 3-4 раза в день в течение 7-14 дней.

или

*Нистатин* (мазь) для аппликаций на участки поражения 2-3 раза в день в течение 7-14 дней.

Системно:

Флюконазол 50-100 мг перорально ежедневно, в течение 7-14 дней.

Нистатин 500 000 ЕД перорально 3-4 раза в день, в течение 7-14 дней.

□ Рекомендуется у пациентов с тяжелым течением эрозивно-язвенной формы, при отсутствии положительной динамики на фоне местной терапии высокоактивными топическими стероидами, проводить инъекции ГКС субфокально (под очаги поражения):

*Триамцинолона ацетонид* 5-10 мг/мл для инъекций под очаг поражения размером до 2-х см еженедельно, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии).

или

*Бетаметазон* 1 мл для инъекций под очаг поражения 1 раз в 2–3 недели, на курс 3–4 инъекции, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии).

□ Рекомендуется при полном отсутствии эффекта местной и системной кортикостероидной терапии у пациентов с распространенными формами КПЛ, проявляющимися в т.ч. обширными язвенными поражениями СОПР / ККГ, *системная терапия иммунодепрессантами* (циклоsporин или азатиоприн); схемы и продолжительность лечения иммунодепрессантами с учетом стадии заболевания, противопоказаний и вероятных побочных эффектов устанавливает врач-дерматовенеролог.

□ Рекомендуется, по показаниям, проведение системной медикаментозной терапии с использованием седативных, антигистаминных, иммунокорректирующих, витаминных и др. препаратов.

□ Рекомендуется поставить пациента на диспансерный учет с периодичностью осмотров врача-стоматолога в течение первого года каждые 1,5-2 мес., в последующие годы – 1 раз в 3 месяца.

### **Лечение пациентов с гиперкератотической формой КПЛ СОПР.**

□ Рекомендуется у пациентов с гиперкератотической формой при отсутствии эффекта при местной терапии кортикостероидными препаратами первой линии в качестве альтернативы применение топических ретиноидов, оказывающих противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, стимулирующих процессы регенерации в СОПР / ККГ:

*Изотретиноин* (0,05-0,1% мазь / гель) для аппликаций на участки поражения 1-3 раза в день, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии), в течение 2-3 мес.

□ Рекомендуется при наличии гиперкератотических и эрозивных поражений СОПР/ККГ, при отсутствии положительной динамики на фоне местной терапии кортикостероидными препаратами первой линии проводить инъекции ГКС субфокально (под очаги поражения):

*Триамцинолона ацетонид* 5-10 мг/мл для инъекций под очаг поражения размером до 2-х см еженедельно, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии).

или

*Бетаметазон* 1 мл для инъекций под очаг поражения 1 раз в 2–3 недели, на курс 3–4 инъекции, вплоть до эпителизации эрозий / язв (достижения ремиссии).

☐ Рекомендуется при наличии на СОПР/ККГ крупных (более 2 см 2) гиперкератотических очагов (бляшек, веррукозных разрастаний) проведение криодеструкции и/или лазерной абляции.

☐ Рекомендуется при наличии малых (менее 2 см 2) гиперкератотических очагов (веррукозных образования «на ножке») проводить их удаление с помощью диатермокоагуляции.

☐ Рекомендуется, по показаниям, проведение системной медикаментозной терапии с использованием седативных, антигистаминных, иммунокорректирующих, витаминных и др. препаратов.

☐ Рекомендуется поставить пациента на диспансерный учет с периодичностью осмотров врача-стоматолога каждые 3 месяца.

#### **Общее (системное) лечение пациентов с КПЛ СОПР.**

☐ Рекомендуется в качестве системной терапии у пациентов с эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической, буллезной и гиперкератотическими формами КПЛ СОПР использовать (можно совместно с ГКС) антималярийные препараты, проявляющие противовоспалительное и иммуносупрессивное действие.

*гидроксихлорохин* 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней с последующим перерывом в 2 дня; курсы повторяют в течение 1-2 месяцев.

или

*хлорохин* 250 мг 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней с последующим перерывом в 2 дня, курсы повторяют в течение 1-2 месяцев.

☐ Рекомендуется в качестве системной терапии у пациентов с эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической, буллезной и гиперкератотическими формами КПЛСОПР назначать неспецифическую десенсибилизирующую терапию препаратами с антигистаминным, противоаллергическим и антиэкссудативным действием:

*Цетиризин* 10,0 мг перорально 1 раз в день, в течение 7-10 дней.

или

*Клемастин* 1,0 мг перорально 2 раза в день, в течение 7-10 дней.

☐ Рекомендуется у пациентов КПЛ СОПР с повышенной нервной возбудимостью и сопутствующими психо-эмоциональными нарушениями назначение седативных / анксиолитических препаратов:

*Гидроксизин* 50 мг в сутки перорально, в течение 7-14 дней.

или

*Фабомотизол* 5 мг 2 раза в сутки перорально, в течение 7-14 дней.

☐ Рекомендуется у пациентов с КПЛ СОПР назначение поливитаминных комплексов, содержащих витамины А, Е, С, В6, В12, В15, продолжительностью курса не менее месяца.

☐ Рекомендуется у пациентов с экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной, буллезной формами КПЛ СОПР для повышения резистентности организма назначать препараты с иммуномодулирующим действием:

*Азоксимера бромид*, 12 мг, сублингвально, 2 раза в день за 30 мин. до еды, в течение 10 дней.

или

*Глюкозаминилмурамилдипептид*, 1 мг, сублингвально, натощак, за 30 мин до еды 1 раз в день, в течение 10 дней.

### **Немедикаментозное лечение**

☐ Рекомендуется пациентам в период обострения КПЛ СОПР назначать щадящий режим труда с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок.

□ Рекомендуется пациентам с КПЛ СОПР назначение диетотерапии с ограничением приема соленых, копченых, жареных продуктов, исключением грубой пищи в период обострения.

□ Рекомендуется пациентам с эрозивно-язвенной и экссудативно-гиперемической формами КПЛ СОПР проведение фотодинамической терапии с использованием фотосенсибилизаторов:

*Диметилглюкамин*овая соль хлорина Е6 (0,5% гель) на участки поражения с последующим облучением лазером для ФДТ.

или

*Метиленовый синий* (1% раствор) на участки поражения с последующим облучением лазером для ФДТ.

□ Рекомендуется у пациентов с эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической и буллезной формами КПЛ СОПР назначение низкоинтенсивного лазерного излучения красного и инфракрасного диапазонов (630-980 нм) в импульсном или непрерывном режимах, обладающего противовоспалительным, анальгезирующим, противоотечным, иммуномодулирующим, ранозаживляющим, антимикробным действием; интраорально в проекции участков поражения, курсом 10-14 процедур.

□ Рекомендуется у пациентов КПЛ СОПР с выраженными психо-эмоциональными нарушениями назначение психотерапии (аутотренинг, релаксация, электросон).

□ Рекомендуется при наличии сухости в ПР у пациентов с КПЛ СОПР использование эмолиентов – средств для дополнительного увлажнения в виде гелей или ополаскивателей.

□ Рекомендуются, по показаниям, консультации других специалистов: врача-онколога – при подозрении на малигнизацию, врача-эндокринолога – при подозрении на сахарный диабет и для исключения других заболеваний



эндокринной системы, врача-терапевта – при наличии соматической патологии; консультации и клинический мониторинг врача-дерматовенеролога обязательны для пациентов с КПЛ СОПР.

### **Хирургическое лечение**

□ Рекомендуется при отсутствии эффекта медикаментозной терапии хирургическое лечение (иссечение пораженных СОПР и ККГ) при гиперкератотической /эрозивно-язвенной формах КПЛ СОПР.

*Комментарии: хирургическое лечение КПЛ СОПР, протекающего с наличием эрозий, язв, пузырей в связи с риском появления симптома Кебнера ограничено.*

### **Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.**

□ Рекомендуется пациентам с КПЛ СОПР после стабилизации воспалительного процесса проведение санации полости рта: замена некачественных реставраций с использованием максимально-атравматичных методик и биологически инертных стоматологических реставрационных материалов, исключающих раздражающее / аллергизирующее и механически-травмирующее действие на СОПР.

□ Рекомендуется пациентам с КПЛ СОПР по достижению стойкой ремиссии / стабилизации проведение протезирования по поводу дефектов зубных рядов, основанного на рациональном подборе конструкционных материалов и ортопедических конструкций (предпочтительно использование протетических конструкций с опорой на имплантаты), исключающих раздражающее / аллергизирующее и механически-травмирующее действие на СОПР.

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

Профилактических мер при КПЛ СОПР не существует.

*Кратность диспансерных осмотров* пациентов с КПЛ СОПР зависит от формы заболевания: при типичной форме – каждые 6 месяцев; гиперкератотической – каждые 3 месяца; при осложненном течении заболевания (эрозивно-язвенной, буллезной, экссудативно-гиперемической) в течение первого года каждые 1,5-2 месяца, в последующие годы – 1 раз в 3 месяца.

### **Организация оказания медицинской помощи**

Плановая госпитализация больных с КПЛ СОПР не показана. Лечебно-профилактические мероприятия при КПЛ СОПР проводятся амбулаторно.

### **Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Оказание плановой терапевтической (эндодонтической, пародонтологической и др.), ортопедической и хирургической стоматологической помощи пациентам с КПЛ СОПР проводится в период достижения стойкой ремиссии, с использованием максимально атравматичных лечебно-профилактических и диагностических технологий (материалов и методик).

Индивидуальная настроенность (комплаентность) пациента к проводимому лечению КПЛ СОПР во многом определяет эффективность лечения и исход заболевания.

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

*В данном разделе указываются рекомендованные Рабочей группой критерии качества оценки медицинской помощи в РФ при данном заболевании, состоянии или синдроме.*

*Критерии оценки качества медицинской помощи должны соответствовать тезисам-рекомендациям и уровням УДД и УУР. Не допускаются сокращения или аббревиатуры при написании критериев, используются формулировки:*

*выполнено, проведено.*

*Критерии качества медицинской помощи определены в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».*

*Согласно п.3.12.13 «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при лишае красном плоском (под по МКБ-10: L43):*

*№ Критерии качества*

*Уровень достоверности доказательств*

*Уровень убедительности рекомендаций*

*1 Выполнено заполнение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь:*

- Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;*
- Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.*

*2 Выполнен первичный осмотр пациента:*

- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;*
- Заполнение схемы-топограммы с цвето-цифровым кодированием элементов поражения СОПР/ККГ.*

*3 Проведено \_\_\_\_\_установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента*

*4 Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый*

*5 Выполнен анализ крови биохимический*

*(исследование уровня общего белка, глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, билирубина общего, триглицеридов, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза)*

*6 Выполнен общий (клинический) анализ мочи*

*7 Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза*

*8 Выполнено гистологическое исследование биоптатов СОПР (по показаниям)*

*9 Выполнена цитологическая диагностика (по показаниям)*

*10 Выполнено микробиологическое исследование (по показаниям)*

*11 Выполнено витальное (прижизненное) окрашивание очагов поражения СОПР / ККГ (по показаниям)*

*12 Выполнена простая и/или расширенная стоматоскопия (по показаниям)*

*13 Выполнено люминесцентное исследование (по показаниям)*

*14 Выполнено электрометрическое исследование разницы потенциалов в ПР (по показаниям)*

*15 Проведены кожные пробы / эпимукозные тесты (по показаниям)*

*16 Выполнена первичная (диагностическая) фотосъемка участков поражения СОПР / ККГ*

*17 Дано направление на консультацию врача-гинеколога, врача-уролога (по показаниям)*

*18 Получено заключение врача-дерматолога для постановки развернутого диагноза КПЛ*

*19 Выполнена постановка окончательного стоматологического / клинического диагноза и оформление его обоснования в амбулаторной карте*

20 Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения

21 Выполнено формирование плана лечения с учетом окончательного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания и состояния пациента

22 Проведена терапия лекарственными препаратами первой линии: топические / системные глюкокортикостероиды; и/или препаратами второй линии: иммунодепрессанты (ингибиторы кальциневрина) с учетом показаний и противопоказаний

23 Проведено физиотерапевтическое лечение (по показаниям)

24 Проведено хирургическое лечение (по показаниям)

25 Выполнена вторичная (мониторинговая) фотосъемка СОПР / ККГ

26 Проведена коррекция плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (по показаниям)

27 Достигнута стабилизация клинико-функционального состояния СОПР: полное купирование болевого симптома / заживление эрозивно-язвенных элементов / отсутствие веррукозных разрастаний / отека и гиперемии

СОПР; возможно наличие папул на внешне неизменной СОПР/ККГ; суммарный индекс эффективности лечения (СШЭ) обнулен

28 Выполнена постановка на диспансерный учет:

- осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения.

