

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv109678>

Клинический случай



Проблема диагностики красного плоского лишая при поражении слизистой оболочки полости рта

О.В. Грабовская, Л.Н. Каюмова, А.С. Никулина, Б.Ш. Дамдинова, С.И. Шахманова

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Красный плоский лишай — заболевание, наиболее часто встречаемое как в дерматологической, так и стоматологической практике. Этиология этого дерматоза до конца не изучена. Как правило, при красном плоском лишае поражаются органы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем. Заболевание может развиваться на фоне сильного психоэмоционального напряжения. Дифференциальная диагностика красного плоского лишая проводится с лейкоплакией, аутоиммунной пузырчаткой, кандидозом и красной волчанкой.

Представлено собственное клиническое наблюдение пациента с красным плоским лишаём на слизистой оболочке полости рта, у которого ошибка в диагностике заболевания привела к череде безуспешных госпитализаций, обследований, оперативных вмешательств на фоне постепенного усугубления психического состояния.

Интерес данного клинического наблюдения состоит в том, что в случае диагностики красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта необходим полный осмотр кожных покровов и всех слизистых оболочек с целью выявления характерных для этого заболевания элементов. Особую важность имеет биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием до начала терапии. При длительном течении заболевания, неэффективности инвазивных методов терапии требуется своевременное назначение системных глюкокортикоидов для достижения ремиссии. Длительное и упорное течение красного плоского лишая слизистых оболочек полости рта может приводить не только к трансформации процесса, но и к развитию психогенных реакций.

В статье показана важность тандема дерматовенеролога, стоматолога и психиатра для эффективной помощи больным с поражением слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае.

Ключевые слова: красный плоский лишай; красный плоский лишай слизистой оболочки рта; симптом сетки Уикхема.

Для цитирования:

Грабовская О.В., Каюмова Л.Н., Никулина А.С., Дамдинова Б.Ш., Шахманова С.И. Проблема диагностики красного плоского лишая при поражении слизистой оболочки полости рта // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 3. С. 229–238. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv109678>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv109678>

Case report

Problems of diagnostics of oral lichen planus

Olga V. Grabovskaya, Lyailya N. Kayumova, Alena S. Nikulina, Baira Sh. Damdinova, Sagibat I. Shakhmanova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Lichen planus is a disease most commonly found in both dermatological and dental practice. The etiology of this dermatosis is not fully understood. As a rule, with lichen planus, the organs of the gastrointestinal tract, cardiovascular, nervous, endocrine and other systems are affected. The disease can develop against the background of strong psychoemotional stress. Differential diagnosis of lichen planus is performed with leukoplakia, autoimmune pemphigus, candidiasis and lupus erythematosus.

The authors present their own clinical observation of a patient with a lichen planus of the oral mucosa, in whom a diagnostic error led to the series of unsuccessful hospitalizations, examinations, surgical interventions against the background of a gradual aggravation of the mental state.

The interest of this clinical observation is that in the case of diagnosis of lichen planus of the oral mucosa, a complete examination of the skin and all mucous membranes is necessary in order to identify the elements characteristic of this disease. Of particular importance is a biopsy with histological and immunohistochemical examination before the start of therapy. With a prolonged course of the disease, the ineffectiveness of invasive therapies requires timely administration of systemic glucocorticoids to achieve remission. Prolonged and persistent course of lichen planus of the oral mucosa can lead not only to the transformation of the process, but also to the development of psychogenic reactions.

The article shows the importance of a tandem between a dermatovenerologist, a dentist and a psychiatrist for the effective care of patients with lesions of the oral mucosa with lichen planus.

Keywords: lichen planus; oral lichen planus; a symptom of Wickham striae.

For citation:

Grabovskaya OV, Kayumova LN, Nikulina AS, Damdinova BSh, Shakhmanova SI. Problems of diagnostics of oral lichen planus. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2022;25(3):229–238. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv109678>

Received: 02.06.2022

Accepted: 15.06.2022

Published: 26.06.2022

ВВЕДЕНИЕ

Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний как в дерматологической, так и стоматологической практике [1]. В настоящее время средний уровень заболеваемости КПЛ составляет 1,5% населения планеты [2], в общей структуре дерматологической заболеваемости во всём мире — от 0,2 до 5%, а среди больных с поражением полости рта достигает 60–75% [3–5]. Как правило, КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет, и чаще наблюдается у женщин [4, 5]. У детей КПЛ встречается редко: лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста [5].

Важным препятствием к изучению эпидемиологии КПЛ является высокая обращаемость таких пациентов не только к дерматологам, но и к стоматологам. Так, например, согласно данным литературы, наблюдаются существенные различия в частоте сочетанного поражения полости рта и кожи, представленные стоматологами (6%) и дерматологами (50%). При изолированном поражении слизистой оболочки полости рта, которое встречается в 20–30% случаев, пациенты с КПЛ, как правило, к дерматологам не обращаются [6].

До настоящего времени этиология данного дерматоза до конца не изучена. Как правило, КПЛ сопровождается поражением органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем. Заболевание может развиваться на фоне сильного психоэмоционального напряжения [3, 7]. Провоцировать обострение дерматоза могут вирусы (папилломы человека, Эпштейна–Барр, герпеса человека, иммунодефицита человека, гепатитов В и С), микроорганизмы (*Helicobacter pylori*, *Candida albicans*), пародонтопатогены, такие как *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*), *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*), *Porphyromonas gingivalis*. Среди триггерных факторов отдельно выделяют антигипертензивные препараты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), нестероидные противовоспалительные, противодиабетические и противомаларийные препараты [8–10].

Следует обратить внимание на факторы, вызывающие местное раздражение слизистой оболочки полости рта¹. Так, реставрационные и ортопедические конструкции, применяемые в стоматологии, способны оказывать травмирующее действие как в результате их непосредственного воздействия на слизистые оболочки, так

и на всех этапах лечения. Манипуляции препарирования зубов, ретракция дёсен, получение оттисков, примерка и фиксация протезов могут привести к образованию микротравм полости рта².

Часто наблюдаемый в стоматологии гальванизм (наличие гальванических токов в полости рта) впоследствии приводит к гальванозу («металлический» привкус во рту, жжение языка, неприятные ощущения от прикосновения металлической ложки к протезам, ощущение прохождения электрического тока, изменение слюноотделения, ухудшение общего состояния) и может выступать в роли провоцирующего фактора при КПЛ слизистой оболочки полости рта [11].

Особенности химического состава оттисковых стоматологических материалов, использование некачественно изготовленных пломб или биологически несовместимых с тканями полости рта стоматологических материалов могут вызвать аллергический контактный дерматит, проявляющийся зудом, жжением, изменением цвета слизистой, а также нарушением микробного баланса по типу дисбактериоза, а в дальнейшем являться триггерным фактором развития КПЛ слизистой оболочки полости рта³ [12].

Установлена непосредственная связь между локализацией очагов поражения КПЛ слизистой оболочки полости рта и дефектами зубного ряда. Деформированные края зубов, изменение высоты прикуса, по мнению стоматологов, также являются факторами, травмирующими язык и слизистую оболочку щёк и влияющими на течение КПЛ слизистой оболочки полости рта [13]. В возникновении и усугублении течения КПЛ играют роль такие неблагоприятные факторы, как неудовлетворительная гигиена, гипосаливация, раздражающее и алергизирующее действие зубных паст, длительное табакокурение [9].

Факт «омоложения» заболевания в последнее время объясняется возросшим контактом лиц всех возрастов с вирусной инфекцией, существенным изменением реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных состояний [14, 15]. Таким образом, в настоящее время КПЛ слизистой оболочки полости рта приобрёл не только медицинскую, но и социальную и психологическую значимость [8].

Наиболее частым местом локализации КПЛ в полости рта являются дистальные отделы слизистой оболочки щёк в месте прилегания моляров с захватом переходных складок (78,5–90,0%), боковые поверхности языка с переходом на спинку и нижнюю поверхность (30,0–51,3%), слизистая оболочка альвеолярного отростка/десневой край (13,0–27,5%); значительно реже страдают слизистая оболочка твёрдого и мягкого нёба и красная кайма

¹ Клиника «Alba Avis». Исследование: Протезирование больных красным плоским лишаём как фактор, провоцирующий обострение. Режим доступа: <https://alba-avis.dental/articles/protezirovanie-bolnyx-krasnym-ploskim-lishayom-kak-faktor-provociruyushhij-obostrenie/>. Дата обращения: 15.03.2022.

² Там же.

³ Там же.

губ (1,9–9,3%), а также дно полости рта [1]. На слизистой оболочке полости рта КПЛ проявляется в виде сетки Уикхема: папулы без восковидного блеска из-за постоянной мацерации, белесоватого цвета, сетчатого или линейного характера не возвышаются над окружающей слизистой оболочкой, что, вероятно, связано с гранулёмом, неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса. На месте травм слизистой оболочки полости рта у больных КПЛ можно наблюдать изоморфную реакцию Кебнера [16].

На спинке языка участки КПЛ могут напоминать лейкоплакию, сосочки языка в очагах поражения при этом не выражены. В редких случаях папулы сливаются в крупные бляшки, покрытые складчатыми роговыми массами и значительно возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки. У курильщиков папулы КПЛ выглядят грубее, толще; на сетку Уикхема могут наслаиваться очаги лейкоплакии.

Поражения на слизистой оболочке рта в сравнении с кожной формой КПЛ более устойчивы к терапии и потенциально опасны в отношении злокачественной трансформации в плоскоклеточный рак. КПЛ слизистой ротовой полости, как правило, не склонен к самостоятельной ремиссии, в отличие от его кожной формы, которая может разрешиться у некоторых пациентов без лечения в течение 6–12 мес [17].

Таким образом, поражение слизистой оболочки полости рта при КПЛ является диагностической проблемой на стыке двух специальностей — дерматовенерологии и стоматологии, что в свою очередь диктует необходимость комплексного подхода к лечению данной нозологии.

Дифференциальная диагностика КПЛ проводится с такими заболеваниями, как лейкоплакия, аутоиммунная пузырчатка, кандидоз, красная волчанка [18].

Для лейкоплакии характерно ороговение в виде сплошного очага белесоватого цвета, несколько возвышающегося над уровнем окружающей слизистой оболочки полости рта. При этом подручными средствами убрать налёт невозможно, что является отличительной чертой потенциально злокачественного заболевания слизистой оболочки рта.

При аутоиммунной пузырчатке на слизистой оболочке рта пузыри быстро вскрываются, и становятся видны только болезненные эрозии на неизменённой слизистой оболочке полости рта. Дно эрозий ярко-красного цвета или покрыто белесоватым налётом. Для подтверждения диагноза пузырчатки необходимо основываться на обнаружении акантолитических клеток Тцанка (при цитологическом исследовании мазков-отпечатков), акантолиза (при гистологическом исследовании), IgG в шиповатом слое (при реакции прямой и непрямой иммунофлюоресценции) [16].

Кандидоз отличается высыпаниями белого цвета на слизистой оболочке, обусловленными налётами,

которые легко снимаются шпателем, чего нельзя достигнуть при КПЛ слизистой оболочки [19].

В случаях с красной волчанкой границы очагов резкие, гиперкератоз представлен полосами, и в центре поражения наблюдается атрофия, что нехарактерно для КПЛ [19].

Приводим собственное клиническое наблюдение пациентки с КПЛ слизистой оболочки полости рта.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

О пациенте

Больная Л., 45 лет, поступила в клинику кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова с жалобами на болезненные ощущения в полости рта, онемение языка, наличие очага поражения на коже в области правого голеностопного сустава без субъективной симптоматики.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с декабря 2019 г., когда впервые заметила появление белого пятна на языке. В январе 2020 г. обратилась в НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (ЦНИИС), где был установлен диагноз: «Лейкоплакия на дорсальной поверхности языка слева и красный плоский лишай, типичная форма». В феврале 2020 г. проведено хирургическое иссечение очага. При гистологическом исследовании биоптата обнаружены дистрофические изменения клеток базального и парабазального слоёв, выраженный гиперкератоз, а также воспалительный инфильтрат в собственной пластинке слизистой.

При иммуногистохимическом исследовании выявлены локально низкая пролиферативная активность, отрицательная реакция на HPV16p (вирус папилломы человека высокого онкогенного риска) в ядрах эпителиальных клеток, а также дефекты межклеточных связей. Данные результаты свидетельствовали о лихеноидной реакции слизистой оболочки языка без признаков неоплазии с отрицательной реакцией на папилломавирусную инфекцию.

Больная получала Дифлюкан, Липодид, Эссенциале форте, витамины С, Е, В₂, Вобэнзим, Бифидумбактерин и местную терапию в виде полоскания раствором химотрипсина, применения геля Фагодент, аппликаций на язык пасты Солкосерил и крема Клотримазол. На фоне проводимой терапии отмечалось прогрессирование патологического процесса в виде появления новых болезненных высыпаний на слизистых щёк и языка, в связи с чем стоматологами рекомендовано повторное проведение хирургического лечения.

В середине октября 2020 г. пациентка обратилась в клинику кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Сеченовского Университета для уточнения диагноза и подбора адекватной терапии.

Локальный статус. При осмотре на слизистой оболочке щёк с обеих сторон отмечаются инфильтрированные папулёзные высыпания белого цвета, склонные к слиянию с формированием своеобразной сеточки (рис. 1). Язык складчатый, в средней и задней трети дорсальной его поверхности, а также на боковых участках присутствуют слабо инфильтрированные белесоватые очаги с достаточно чёткими границами. На дорсальной поверхности языка слева отмечается рубец белесовато-розового цвета, длиной около 2,5 см, покрытый незначительным фибринозным налётом. Сосочки вокруг рубца отсутствуют (рис. 2). Субъективно беспокоят незначительная болезненность и онемение языка.

В области медиальной поверхности правого голеностопного сустава (рис. 3) отмечается типичная папула розовато-синюшного цвета плоской формы с чёткими границами, полигональных очертаний, на поверхности которой можно обнаружить сетку Уикхема, без субъективных ощущений.

На коже других участков тела и слизистых оболочек половых органов проявлений КПЛ не выявлено.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Общий анализ крови без патологии; биохимический анализ крови, кроме антистрептолизина-О (457 Ед/мл

при норме <200) и коэффициента атерогенности (4,1 при норме 2.00–3.50), без патологии.

Общий анализ мочи: прозрачность мутная, кетоновые тела, уробилиноген; незначительное количество плоского эпителия, бактерий и слизи; эритроциты неизменённые и лейкоциты — единичные в поле зрения.

Гистологически отмечается гиперкератоз с неравномерным гранулёзом, пилообразным акантозом и полосовидным лимфоидным инфильтратом. Морфологическая картина соответствует диагнозу «Красный плоский лишай».

Диагноз

На основании классической клинической картины заболевания как на коже, так и на слизистой оболочке полости рта, данных гистологического и иммунохимического исследований подтверждён диагноз «Красный плоский лишай кожи и слизистых».

Консультация доцента кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины И.Ю. Дороженка: «Соматизированная неврологическая депрессия в инволюционном возрасте у личности драматического кластера». Рекомендовано: Миртазапин в дозе 30 мг по 1/2 таблетки 1 раз в день на ночь, 1 мес.

Консультация в отделении физиотерапии. В связи с тяжестью и распространённостью процесса рекомендованы системная кислородно-озоновая терапия и курс

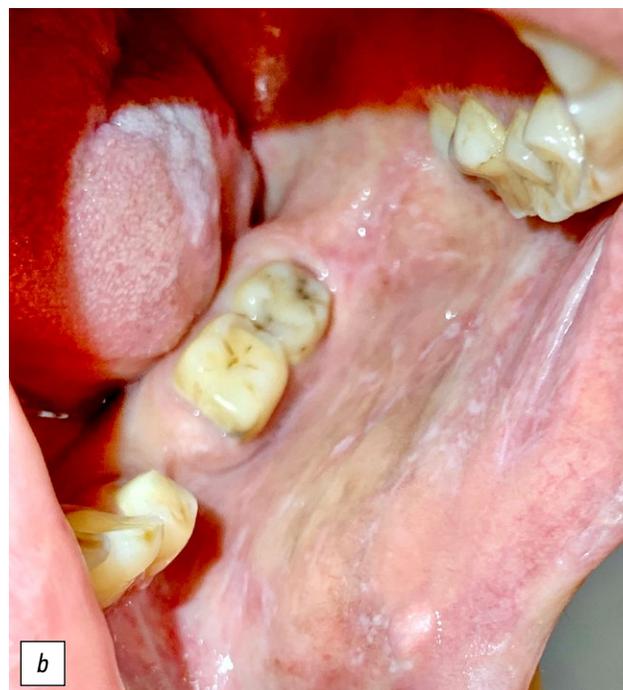
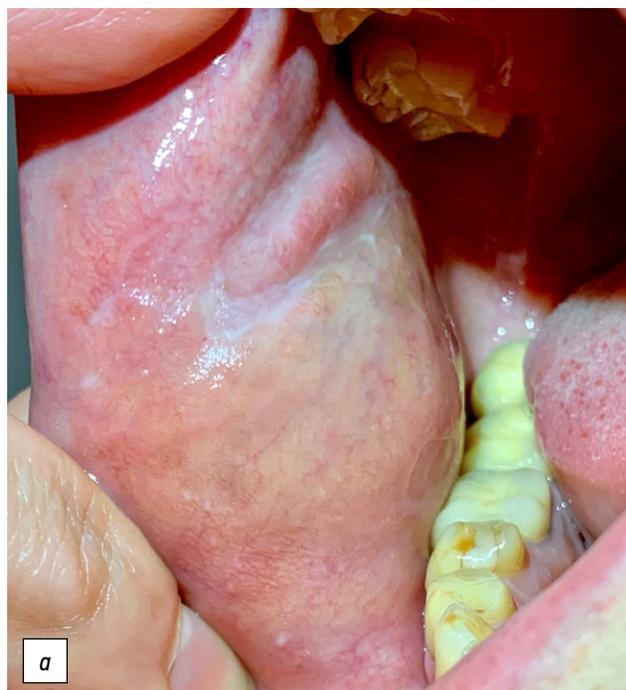


Рис. 1. Больная Л., 45 лет, диагноз красного плоского лишая: на слизистой оболочке щёк с обеих сторон (а, б) отмечаются инфильтрированные папулёзные высыпания белого цвета, склонные к слиянию с формированием своеобразной сеточки.

Fig. 1. Patient L., 45 years old, diagnosis of lichen planus: on the mucous membrane of the cheeks on both sides (a, b) there are infiltrated papular rashes of white color, prone to fusion with the formation of a peculiar mesh.



Рис. 2. Та же больная: на дорсальной поверхности языка присутствуют слабо инфильтрированные белесоватые очаги с чёткими границами и рубец белесовато-розового цвета длиной около 2,5 см, покрытый незначительным фибринозным налётом, незначительно болезненный при пальпации; сосочки вокруг рубца отсутствуют.

Fig. 2. The same patient: on the dorsal surface of the tongue there are weakly infiltrated whitish foci with clear boundaries and a whitish-pink scar about 2.5 cm long, covered with a slight fibrinous plaque, slightly painful on palpation; papillae around the scar are absent.



Рис. 3. Та же больная: в области медиальной поверхности правого голеностопного сустава отмечается типичная папула розовато-синюшного цвета плоской формы с чёткими границами, полигональных очертаний, на поверхности которой можно обнаружить сетку Уикхема, без субъективных ощущений.

Fig. 3. The same patient: in the area of the medial surface of the right ankle joint, there is a typical pinkish-bluish papule of a flat shape with clear boundaries, polygonal outlines, on the surface of which a Wickham grid can be found without subjective sensations.

узкополосной фототерапии (УФБ 311 нм) по методике четырёхразового облучения.

Лечение и прогноз

В клинике проводилась следующая терапия:

- *медикаментозная:* бетаметазон (Бетаспан) по 2 мл внутримышечно, № 2 с интервалом 1 нед, далее по 1 мл внутримышечно, № 1; метронидазол по 250 мг 2 раза/сут, 2 нед; лоратадин по 10 мг 1 раз/сут, 3 нед; омепразол по 20 мг 2 раза/сут, 3 нед; пентоксифиллин по 100 мг + физиологический раствор 0,9% NaCl по 200 мл внутривенно капельно, № 10; флуконазол по 50 мг 1 раз/сут, № 1; местно бетаметазон дипропионат мазь 2 раза/сут на кожу голени; Метрогил Дента гель и Солкосерил дентальная адгезивная паста 2 раза/сут на область языка;
- *физиолечение:* УФБ 311 нм, № 8; системная кислородно-озоновая терапия с концентрацией озона в физиологическом растворе 1–2 мг/л, внутривенно капельно, через день, № 6.

На фоне комплексной терапии отмечалась положительная динамика в виде регресса высыпаний

на 70–80% на слизистой оболочке полости рта (**рис. 4**). Субъективные ощущения полностью купированы. В области правого голеностопного сустава наблюдалось уплощение папулы с исходом в пигментацию (**рис. 5**).

ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка на протяжении нескольких месяцев обращалась к стоматологам, челюстно-лицевым хирургам, где ей проводили комплексное лечение, в том числе хирургическое иссечение очагов в области языка. Однако проводимая терапия не демонстрировала положительного эффекта и сопровождалась появлением новых высыпаний на слизистой оболочке полости рта. Неясно, почему оставались без внимания классическая для КПЛ клиническая и гистологическая картина. Стоит также подчеркнуть развитие у пациентки депрессии, ухудшение сна и настроения на фоне данного дерматоза, что свидетельствует о снижении качества жизни таких больных.

В то же время в клинике кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова после постановки диагноза

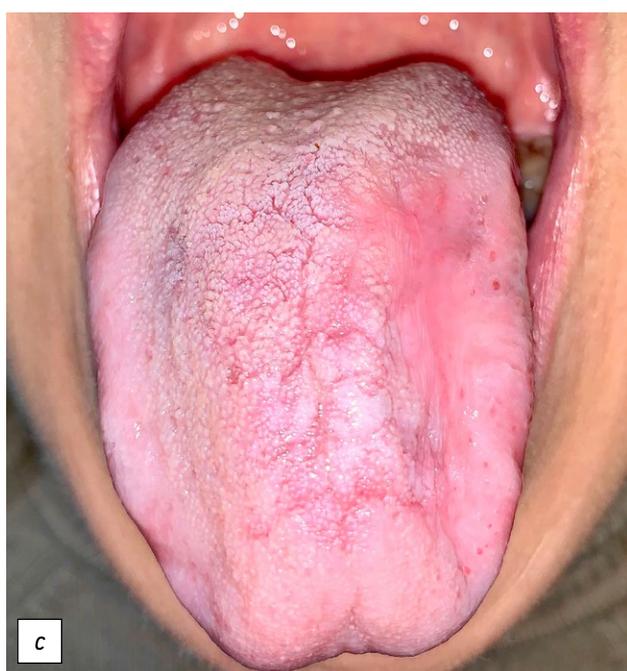


Рис. 4. Та же больная, состояние после лечения (a, b, c): выраженный регресс высыпаний на слизистой оболочке полости рта.

Fig. 4. The same patient, condition after treatment (a, b, c): marked regression of rashes on the oral mucosa.

Рис. 5. Та же больная, состояние после лечения: в области правого голеностопного сустава отмечается уплощение папулы с исходом в пигментацию.

Fig. 5. The same patient, the condition after treatment: in the area of the right ankle joint, there is a flattening of the papule with an outcome in pigmentation.

КПЛ и назначения адекватной терапии, в том числе психотропной, уже через 2 нед пребывания в стационаре отмечался регресс высыпаний, что сопровождалось их уплощением и отсутствием новых элементов.

Стоит отметить, что с учётом всей сложности лечения КПЛ, в представленном наблюдении удалось достигнуть состояния длительной ремиссии. Лечение переносилось

удовлетворительно, без осложнений и побочных эффектов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интерес данного клинического наблюдения состоит в том, что в случае диагностики КПЛ слизистой оболочки

полости рта необходимо проведение полного осмотра кожных покровов и всех слизистых оболочек с целью выявления характерных для этого заболевания элементов. Особую важность приобретает проведение биопсии с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием до начала терапии. При длительном течении заболевания, неэффективности инвазивных методов терапии необходимо своевременное назначение системных глюкокортикостероидов для достижения ремиссии. Длительное и упорное течение КПЛ слизистых оболочек полости рта может приводить не только к трансформации процесса, но и к развитию психогенных реакций, как в представленном клиническом случае.

Таким образом, совместная консультация стоматолога, дерматолога и психиатра при локализации высыпаний на слизистой оболочке полости рта способствует своевременной постановке правильного клинического диагноза и позволяет разработать назначение адекватной терапии, что снижает риск прогрессирования болезни, развития малигнизации, а также содействует психоэмоциональной стабильности пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных

с точностью или добросовестностью любой части работы). Наибольший вклад распределён следующим образом: *О.В. Грабовская, Л.Н. Каюмова* — концепция и дизайн исследования, внесение в рукопись существенной (важной) правки с целью повышения научной ценности статьи, одобрение финальной версии рукописи; *А.С. Никulina, Б.Ш. Дамдинова, С.И. Шахманова* — получение, анализ данных или интерпретация результатов; подготовка написания текста.

Согласие пациентов. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Российский журнал кожных и венерических болезней».

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This work was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. *O.V. Grabovskaya, L.N. Kayumova* — the concept and design of the study, making significant (important) edits to the manuscript in order to increase the scientific value of the article, approving the final version of the manuscript; *A.S. Nikulina, B.S. Damdinova, S.I. Shakhmanova* — obtaining, analyzing data or interpreting results; preparing the writing of the text.

Patient's permission. The patient voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in depersonalized form in the journal "Russian journal of skin and venereal diseases".

ЛИТЕРАТУРА

1. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение // Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95, № 5. С. 680–687.
2. Alrashdan M.S., Cirillo N., McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update // Arch Dermatol Res. 2016. Vol. 308, N 8. P. 539–551. doi: 10.1007/s00403-016-1667-2
3. Жильцова Е.Е., Политов С.А., Ермошина Н.П., и др. Современные аспекты этиопатогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки, выстилающей полость рта // Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты: сборник научных трудов / под ред. О.Е. Коновалова, С.В. Жукова. Тверь, 2020. С. 76–81.
4. Cheng Y.S., Gould A., Kurago Z., et al. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology // Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology. 2016. Vol. 122, N 3. P. 332–354. doi: 10.1016/j.oooo.2016.05.004
5. Клинические рекомендации. Лишай красный плоский. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», 2020. 34 с.
6. Молочков В.А., Амхадова М.А., Молочкова Ю.В. Красный плоский лишай полости рта как междисциплинарного проблема // Медицинский алфавит. 2017. Т. 4, № 38. С. 52–57.
7. Олисова О.Ю., Теплюк Н.П., Грабовская О.В., Колесова Ю.В. Красный плоский лишай // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2020. Т. 23, № 5. С. 356–360. doi: 10.17816/dv59113
8. Серазетдинова А.Р., Трунин Д.А., Кириллова В.П., и др. Анализ клинического случая пациента с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта, ассоциированным с вирусом

- Эпштейна–Барр // Проблемы стоматологии. 2020. Т. 16, № 1. С. 35–41. doi: 10.18481/2077-7566-20-16-1-35-41
9. Григорьев С.С., Жовтяк П.Б., Летаева О.В. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта. Обзор литературы // Уральский медицинский журнал. 2014. Т. 5, № 119. С. 8–15.
10. Vijayan A.K., Muthukrishnan A., Vidyadharan M., Nair A.M. Role of human papilloma virus in malignant transformation of oral lichen planus: a systematic review // J Pharm Bioallied Sci. 2021. Vol. 13, Suppl 1. P. S62–S67. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_836_20
11. Макеева И.М., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж., Макаренко Н.В. Определение электрохимических потенциалов в полости рта как способ диагностики гальванического синдрома, способствующего развитию заболеваний слизистой оболочки // Голова и шея. 2018. № 1. С. 42–45. doi: 10.25792/HN.2018.6.1.42-45
12. Martin M.D., Broughton S., Drangsholt M. Oral lichen planus and dental materials: a case-control study // Contact Dermatitis. 2003. Vol. 48, N 6. P. 331–336. doi: 10.1034/j.1600-0536.2003.00146.x
13. Тиунова Н.В. Красный плоский лишай: выбор метода лечения. Обзорение // Стоматология. 2011. № 1. С. 14–15.
14. Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Михайлова М. Красный плоский лишай и сопряженные с зудом психосоматические расстройства // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2021. Т. 24, № 6. С. 543–551. doi: 10.17816/dv100612
15. Ханова С.А., Сирак С.В., Чеботарев В.В., Сирак А.Г. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, современные методы местного лечения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 2. С. 197–202.
16. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. Москва: Практическая медицина, 2015. 288 с.
17. Kurago Z.B. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview // Oral Sur Oral Med Oral Pathology Oral Radiology. 2016. Vol. 122, N 1. С. 72–80. doi: 10.1016/j.oooo.2016.03.011
18. Chiang C.P., Chang J.Y., Wang Y.P., et al. Oral lichen planus — differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management // J Formosan Med Association. 2018. Vol. 117, N 9. P. 756–765. doi: 10.1016/j.jfma.2018.01.021
19. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. Департамент здравоохранения г. Москвы, 2021. 27 с.

REFERENCES

1. Chuikin S, Akmalova GM. Lichen planus of the oral mucosa: clinical forms and treatment. *Kazan Med J*. 2014;95(5):680–687. (In Russ).
2. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308(8):539–551. doi: 10.1007/s00403-016-1667-2
3. Zhiltsova EE, Politov SA, Ermoshina NP, et al. Modern aspects of etiopathogenesis of lichen planus of the mucous membrane lining the oral cavity. In: Formation of public health: medical, social and clinical aspects: Collection of scientific papers. Ed. by O.E. Konovalov, S.V. Zhukov. Tver; 2020. P. 76–81. (In Russ).
4. Cheng YS, Gould A, Kurago Z, et al. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Sur Oral Med Oral Pathology Oral Radiology*. 2016;122(3):332–354. doi: 10.1016/j.oooo.2016.05.004
5. Clinical recommendations. Lichen is red flat. All-Russian public organization “Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists”; 2020. 34 p. (In Russ).
6. Molochkov VA, Amkhadova MA, Molochkova YV. Lichen planus of the oral cavity as an interdisciplinary problem. *Med Alphabet*. 2017;4(38):52–57. (In Russ).
7. Olishova OY, Teplyuk NP, Grabovskaya OV, Kolesova YV. Lichen planus. *Russ J Skin Venereal Diseases*. 2020;23(5):356–360. (In Russ). doi: 10.17816/dv59113
8. Serazetdinova AR, Trunin DA, Kirillova VP, et al. Analysis of a clinical case of a patient with red flat lichen of the oral mucosa associated with the Epstein-Barr virus. *Actual Problems Dentistry*. 2020;16(1):35–41. (In Russ). doi: 10.18481/2077-7566-20-16-1-35-41
9. Grigoriev SS, Zhovtyak PB, Letaeva OV. Oral lichen planus. Review. *Ural Med J*. 2014;5(119):8–15. (In Russ).
10. Vijayan AK, Muthukrishnan A, Vidyadharan M, Nair AM. Role of human papilloma virus in malignant transformation of oral lichen planus: a systematic review. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021;13(Suppl 1):S62–S67. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_836_20
11. Makeeva IM, Volkov AG, Dikopova NZ, Makarenko NV. The determination of electrochemical potentials in the oral cavity, as a method of diagnosing galvanic syndrome contributing to the development of diseases of the mucous membrane. *Head Neck*. 2018;(1):42–45. (In Russ). doi: 10.25792/HN.2018.6.1.42-45
12. Martin MD, Broughton S, Drangsholt M. Oral lichen planus and dental materials: a case-control study. *Contact Dermatitis*. 2003;48(6):331–336. doi: 10.1034/j.1600-0536.2003.00146.x
13. Tiunova NV. Lichen planus: choice of treatment method. Review. *Dentistry*. 2011;1(72):14–15. (In Russ).
14. Dorozhenok IY, Snarskaya ES, Mikhailova M. Lichen planus and itch-related psychosomatic disorders. *Russ J Skin Venereal Diseases*. 2021;24(6):543–551. doi: 10.17816/dv100612
15. Hanova SA, Sirak SV, Chebotarev VV, Sirak AG. Lichen planus of the oral mucosa, modern methods of local treatment. *Int J Applied Fundamental Res*. 2014;(2):197–202. (In Russ).
16. Skin and venereal diseases: textbook. Ed. by O.Yu. Olishova. Moscow: Practical Medicine; 2015. 288 p. (In Russ).
17. Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview. *Oral Sur Oral Med Oral Pathology Oral Radiology*. 2016;122(1):72–80. doi: 10.1016/j.oooo.2016.03.011
18. Chiang CP, Chang JY, Wang YP, et al. Oral lichen planus — differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J Formosan Med Association*. 2018;117(9):756–765. doi: 10.1016/j.jfma.2018.01.021
19. Red lichen planus of the oral mucosa. Clinic, diagnosis, treatment and prevention. Methodological recommendations. Department of Health of Moscow; 2021. 27 p. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Каюмова Ляйля Наилевна**, к.м.н., ассистент;
адрес: Россия, 119991, Москва, ул. Трубетская, д. 8, стр. 2;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0301-737X>;
eLibrary SPIN: 4391-9553;
e-mail: avestohka2005@inbox.ru

Грабовская Ольга Валентиновна, к.м.н., профессор;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5259-7481>;
eLibrary SPIN: 1843-1090;
e-mail: olgadoctor2013@yandex.ru

Никулина Алена Сергеевна, аспирант;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0736-8022>;
eLibrary SPIN: 8652-3101;
e-mail: a.niku@mail.ru

Дамдинова Баира Шойсороновна, аспирант;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4162-2928>;
eLibrary SPIN: 5350-3443;
e-mail: baira_d@mail.ru

Шахманова Сагибат Ибадуллаховна;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8665-4731>;
e-mail: Sonya271195@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку

AUTHORS' INFO

* **Lyailya N. Kayumova**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Lecturer;
address: 8 build 2 Trubetskaya street, Moscow, 119991, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0301-737X>;
eLibrary SPIN: 4391-9553;
e-mail: avestohka2005@inbox.ru

Olga V. Grabovskaya, MD, Cand. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5259-7481>;
eLibrary SPIN: 1843-1090;
e-mail: olgadoctor2013@yandex.ru

Alena S. Nikulina, MD, Graduate Student;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0736-8022>;
eLibrary SPIN: 8652-3101;
e-mail: a.niku@mail.ru

Baira Sh. Damdinova, MD, Graduate Student;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4162-2928>;
eLibrary SPIN: 5350-3443;
e-mail: baira_d@mail.ru

Sagibat I. Shakhmanova, MD;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8665-4731>;
e-mail: Sonya271195@yandex.ru

* The author responsible for the correspondence