

Клинический разбор случаев проявления красного плоского лишая в полости рта

И.К. Луцкая, О.Г. Зиновенко, И.О. Белоиваненко

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь
lutskaja@mail.ru

Аннотация

Проявление в полости рта кожных заболеваний может обнаруживаться врачами любого профиля при опросе и осмотре пациента. Нередко диагностику осуществляет врач-стоматолог. Тщательный диагностический поиск позволяет определиться с основными клиническими проявлениями и тактикой лечения. Врач-стоматолог самостоятельно назначает местную терапию. Комплексное общее воздействие рекомендует врач-дерматолог. Тяжелые случаи требуют стационарного лечения. Правильно выставленный диагноз и адекватные медицинские мероприятия улучшают общее состояние и местную клиническую картину, а также способствуют стойкой ремиссии заболевания.

Ключевые слова: красный плоский лишай, проявления в полости рта, эрозивно-язвенная форма, гиперкератотическая форма, лейкоплакия курильщиков.

Для цитирования: Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Белоиваненко И.О. Клинический разбор случаев проявления красного плоского лишая в полости рта. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 6: 46–52. DOI: 10.47407/kr2021.2.6.00080

Clinical analysis of cases of lichen ruber planus in the oral cavity

Irina K. Lutskaya, Olga G. Zinovenko, Irina O. Beloivanenko

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus
lutskaja@mail.ru

Abstract

The manifestation of skin diseases in the oral cavity can be detected by doctors of any profile during the interview and examination of the patient. Often, the diagnosis is carried out by a dentist. A thorough diagnostic search allows you to determine the main clinical manifestations and treatment tactics. The dentist independently prescribes local therapy. A complex general effect is recommended by a dermatologist. Severe cases require inpatient treatment. A correct diagnosis and adequate medical measures improve the general condition and the local clinical picture, as well as contribute to a stable remission of the disease.

Key words: lichen planus, manifestations in the oral cavity, erosive and ulcerative form, hyperkeratotic form, leukoplakia of smokers.

For citation: Lutskaya I.K., Zinovenko O.G., Beloivanenko I.O. Clinical analysis of cases of lichen ruber planus in the oral cavity. Clinical review for general practice. 2021; 6: 46–52. DOI: 10.47407/kr2021.2.6.00080

Красный плоский лишай – хроническое воспалительное, иммунозависимое заболевание кожи и слизистых оболочек с характерной папулезной сыпью [1–5]. Различают несколько клинических форм, протекающих сочетано на коже и на слизистой оболочке (около 60%) или ограничивающихся полостью рта (около 20% случаев) [4, 6, 7]. Красный плоский лишай начинается незаметно, длится годами и может выявиться случайно при осмотре кожных покровов или слизистой оболочки специалистом. В ряде случаев обильные высыпания обращают на себя внимание пациента, нередко развивается канцерофобия или страх заразить родственников [5, 8]. Пациенты нередко обращаются за помощью к врачу любого профиля.

Проявления на коже очень разнообразны, однако основным элементом всегда бывает папула: вначале белесоватая, затем бледно-розовая, далее красноватая, лиловая. Папулы мелкие, полигональные, плоские, имеют склонность к группированию, могут сливаться в бляшки, поверхность которых покрыта тонкими, блестящими чешуйками. Папулы резко ограничены от окружающей кожи. Могут возникать на любом участке

кожи, однако чаще локализуются симметрично на разгибательной поверхности предплечий, кистей рук, нижних конечностях и туловище [3, 5, 7].

Первичным проявлением красного плоского лишая на коже является сильный зуд, часто непереносимый, однако расчесывание лишь изредка приводит к появлению эрозий и эксфолиаций. Поверхность папулы имеет очень тонкие серовато-белые линии, которые получили название полосы Уикхэма (сетка Уикхэма), которую на каждой папуле можно отчетливо видеть после смазывания поверхности растительным маслом.

Высыпания на слизистой оболочке полости рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже или оставаться единственным признаком заболевания [1, 3, 6, 8]. При поражении слизистой оболочки полости рта 62–67% пациентов составляют женщины в возрасте 40–60 лет [1, 3, 6, 8, 9]. А.Л. Машкиллейсон (2001 г.) рассматривает красный плоский лишай слизистой полости рта как особую форму заболевания, развивающуюся преимущественно у женщин во время климактерического периода и менопаузы. Некоторые формы данного забо-

левания являются факультативными предраками с частотой малигнизации 1,1–6,3%.

В качестве этиологического фактора рассматриваются психоэмоциональный стресс, токсико-аллергическое, вирусное воздействие [10–15]. Предрасполагающими условиями являются снижение общей и местной резистентности организма на фоне патологии внутренних органов и систем, а также локальная травма, чаще всего связанная с патологией зубов или нерациональным протезированием [2, 3, 11, 12]. Часто отмечается комбинированное проявление плоского лишая с аутоиммунными заболеваниями, с нарушениями метаболизма и генетической предрасположенностью [10–15]. Нервно-психологические факторы и вегетативные расстройства, хронический стресс, повышенная возбудимость, утомление и другие психогенные расстройства часто предшествуют возникновению высыпаний и влияют на течение заболевания [2, 3, 9–12, 14].

Предполагается, что красный плоский лишай – аутоаллергическая реакция против антител базального слоя или собственной пластинки. Таким образом, красный плоский лишай рассматривается как многофакторный процесс, в котором ведущими звеньями патогенеза являются нейроэндокринные, метаболические и иммунный механизмы [9, 11–14].

По современным представлениям, красный плоский лишай – хроническое иммунопатологическое воспалительное заболевание, основной признак которого – высыпания узелкового характера, вызванные воспалением с поражением зоны соединения эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки [7, 11, 14].

Патогенез болезни включает ускоренную гибель клеток базального слоя (кератиноцитов) за счет некробиоза лимфоцитарными цитокинами. Характерно образование коллоидных телец из погибших кератиноцитов. Коллоид рассеивает свет, дает оптическое явление Тиндаля, что обуславливает белесоватый оттенок поражений при визуальном восприятии.

Базальный слой истончается, скорость замены клеток вышележащих слоев снижается, кератиноциты задерживаются в эпителии, период их конечной дифференцировки удлиняется, блестящий слой утолщается. Это утолщение – гипергранулез и гиперкератоз – вызывает появление характерных полосок-стрий [11, 14].

Патогистологическая картина эпителия слизистой оболочки полости рта при плоском лишае разнообразна: бывают гипер- и паракератоз, часто очаговый гранулез, акантоз. Сразу под эпителием имеет место диффузный, реже полосовидный инфильтрат, преимущественно из Т-лимфоцитов и плазматических клеток, которые часто проникают в эпителий, поэтому граница между базальным слоем и соединительной тканью определяется плохо (как бы изъедена молью), могут отмечаться некроз эпителия или субэпителиальные полости [9, 11, 14].

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и лечения сложных форм красного плоского лишая на основе дифференцирования элементов

поражения на слизистой оболочке полости рта, а также общего статуса пациента.

Материал и методы исследования

За консультативной помощью на кафедру терапевтической стоматологии БелМАПО обратились в течение года 183 пациента, имеющие элементы поражения на слизистой оболочке полости рта. Кожные проявления в большинстве случаев отсутствовали. Клиническое обследование пациентов осуществлялось в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения. Диагноз подтверждался лабораторными исследованиями, исключающими онкологические или контактные заболевания, и служил основанием для выбора тактики консервативного лечения с учетом этиологии и сопутствующих факторов. Пациенты с тяжелыми формами красного плоского лишая лечились в условиях стационара. Протокол лечения соответствовал форме и тяжести заболевания.

Результаты и обсуждение

Клинический случай 1

За консультативной помощью на кафедру терапевтической стоматологии БелМАПО обратилась пациентка Ц., 59 лет, имеющая элементы поражения с локализацией на слизистой оболочке полости рта, в том числе и языка.

Пациентка была направлена на консультацию врачом-стоматологом-пародонтологом с предварительным клиническим диагнозом «травматическое повреждение слизистой оболочки щеки в проекции нижних моляров слева». Было проведено шлифовывание бугорков верхних жевательных зубов и острых краев нижних моляров слева. Пациентка полоскала рот 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, применяла местно масляные растворы витаминов А и Е. Из опроса было установлено, что высыпаний на коже нет и никогда не было. Кожные проявления имеются, со слов пациентки, у ее сестры.

Пациентка отмечает отсутствие улучшений от предложенного лечения. Впервые поражение на слизистой оболочке полости рта пациентка отметила около 3 мес назад. Язвенное поражение в области первого и второго моляра слева появилось более 2 нед назад. Отмечает особо выраженную болезненность. Со слов пациентки, соматический анамнез не отягощен, лекарственные препараты на постоянной основе не принимает.

При внешнем осмотре кожных высыпаний не выявлено. При пальпации нижнечелюстных лимфоузлов слева отмечается незначительная чувствительность. В полости рта на фоне отечной гиперемированной слизистой оболочки в ретромолярной области присутствует сетчатый рисунок, образованный мелкими папулами, в петлях которого выявляются мелкие эрозии. На слизистой оболочке щеки в проекции нижних моляров слева отмечается язвенное поражение вытянутой формы с неровными краями, выполненное фибринозным налетом в $d \approx 1,5 \times 0,7$ см (рис. 1, а). В полости рта пациентки

Рис. 1. Язвенное поражение вытянутой формы с неровными краями на слизистой оболочке щеки в проекции нижних моляров слева (а). Сплошные очаги ороговения на спинке языка (б).

Fig. 1. Elongated ulcerative lesion with irregular margin on left buccal mucosa in the projection of lower molars (a). Solid foci of keratinization on the dorsum of the tongue (b).



имеются штампованные искусственные коронки, на зубах отмечается обильный налет. На спинке языка отмечаются сплошные очаги ороговения (рис. 1, б).

Был выставлен диагноз: L43.9 Лишай красный плоский (проявления в полости рта). Согласно клинической классификации Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона

Рис. 2. Заживление язвы в ретромолярной области слева в проекции нижних моляров.

Fig. 2. Healing ulcer in the left retromolar region in the projection of lower molars.



(1984 г.) выделено сочетание эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая с гиперкератотической.

Пациентка была направлена на консультацию к дерматологу и онкологу. Проведено повторное шлифование острых краев нижних моляров слева. Местно было рекомендовано применение Солкосерил дентальной адгезивной пасты.

При повторном посещении через 7 дней пациентка отметила увеличение размера поражения слизистой в ретромолярной области в проекции зубов 3.6, 3.7. В связи со сложной эпидемиологической ситуацией пациентка не была на консультации у назначенных специалистов. Учитывая длительность наличия язвенного поражения на слизистой оболочке полости рта, отсутствия тенденции к заживлению, увеличение очага поражения была проведена инцизионная биопсия. Местное лечение рекомендовано продолжать.

Результаты биопсии (патолого-гистологического исследования) №581.024: фрагмент слизистой, очагово покрытый многослойным плоским эпителием с лейкоцитарно-фибринозным детритом в области дна язвы, очаговый паракератоз, плотный полосовидный лимфоцитарный инфильтрат в субэпителиальном слое, вплоть до образования единичных лимфоидных фолликулов. Описанный результат полностью соответствует гистологической картине красного плоского лишая.

После исключения риска малигнизации назначено местное применение антисептических, противовоспалительных, кератопластических лекарственных

Рис. 3. На боковой поверхности языка эрозивные поражения полигональной формы.

Fig. 3. Lateral tongue polygonal erosive lesions.



средств. Динамическое наблюдение. Общее лечение рекомендовано провести в дерматовенерологическом диспансере. Результаты комплексного лечения спустя месяц представлены на рис. 2.

Наблюдается заживление язвенного поражения в ретромолярной области слева в проекции зубов 3.6, 3.7. Пациентка отмечает исчезновения болезненных проявлений. Рекомендовано обращение к стоматологу-пародонтологу по месту жительства для постановки на диспансерный учет, к стоматологу-терапевту для санации полости рта в период ремиссии. Пациентка повторно была направлена на консультацию к дерматологу, взята на динамическое наблюдение.

Клинический случай 2

В стоматологическое отделение городской клинической поликлиники на прием к стоматологу-пародонтологу по поводу острой боли обратилась пациентка Щ., 71 года. Пациентка предъявляла жалобы на выраженную болезненность в области боковых поверхностей языка, наличие нарушения целостности эпителия. Со слов пациентки, такое состояние появилось более месяца назад после постановки металлокерамических коронок на нижние центральные резцы, клыки и премоляры справа. Пациентка пользуется частичным съемным протезом на нижней челюсти. Данный протез эксплуатируется более 5 лет. Проводилась его коррекция под новые искусственные коронки. Пациентка самостоятельно применяла Солкосерил дентальную адгезивную пасту местно, полоскала полость рта раствором 0,05% раствора хлоргексидина, применяла масляный раствор витамина А.

Пациентка страдает гипертонической болезнью, на постоянной основе применяет гипотензивные и мочегонные препараты под постоянным контролем участкового врача-терапевта. Имеет аутоиммунный тиреозит, принимает левотироксин в дозировке 50 мкг.

Был проведен консилиум с участием профессора и доцента кафедры терапевтической стоматологии БелМАПО совместно с заведующим ортопедическим отделением городской клинической поликлиники.

Объективно. Кожные покровы чистые, без патологических высыпаний. Движения в височно-нижнечелюстном суставе свободные, плавные, в полном объеме. Пальпируются болезненные поднижнечелюстные лимфоузлы, не спаянные с прилежащими тканями, размером в $d \approx 0,7 \times 0,9$ см.

На боковой поверхности языка на фоне гиперкератотических полосовидных образований выявлены эрозивные поверхности полигональной формы: справа – в стадии эпителизации, слева – покрытые фибриновым налетом (рис. 3). Данные поражения резко болезненны при пальпации, при движении языка, при разговоре. Прием пищи затруднен. Обильное слюноотделение.

На нижней поверхности языка слева язвенное поражение овальной формы, выполненное фибриновым налетом, размером в $d \approx 0,4 \times 1,5$ см. Данное поражение пациентка отмечает как наиболее болезненное.

Был выставлен диагноз: L43.9 Лишай красный плоский (проявления в полости рта). Согласно клинической классификации Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона (1984 г.) выделена эрозивно-язвенная форма плоского лишая.

Пациентке провели шлифовывание острых краев искусственных коронок на нижней челюсти до полного сглаживания углов. Рекомендовано исключить пользование частичным съемным протезом на нижней челюсти. Дано направление на общий и биохимический анализ крови, анализ крови на содержание элементов ортопедических конструкций. Результаты: Cr – 13%, Ni – 12%, Со – 11%, АКР – 5%. Общий анализ крови: незначительно увеличено количество лейкоцитов, СОЭ – 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза – 7,41 ммоль/л; креатинин – 108 мкмоль/л; холестерин – 7,64 ммоль/л.

Рекомендовано продолжать применение кератопластических препаратов местно.

Пациентка отмечает, что после временного улучшения, опять возобновились боли в языке. Особенно сильно на данный момент беспокоит боковая поверхность языка справа.

На боковой и нижней поверхности языка справа на гиперемизированном фоне отмечаются множественные полигональные эрозии, покрытые фибриновым налетом, резко болезненные при прикосновении стоматологического шпателя (рис. 4). На боковой поверхности языка слева – полосовидные участки гиперкератоза, эрозии отсутствуют. На нижней поверхности языка слева язвенное поражение в стадии эпителизации, практически безболезненное.

Рис. 4. На боковой поверхности языка справа на гиперемированном фоне отмечаются множественные полигональные эрозии, покрытые фибринозным налетом.
Fig. 4. Multiple erosions covered with fibrinous plaques surrounded by red mucosa, found on the right lateral surface of the tongue.



Пациентка не обращалась к дерматологу и участковому врачу-терапевту. Местное применение кератопластических средств прекратила около 2 нед назад после нормализации состояния и ослабления болей. В данный момент отмечает новое обострение.

После консультации на кафедре дерматовенерологии и косметологии БелМАПО был выставлен диагноз «Красный плоский лишай. Проявления в полости рта». В соответствии с рекомендациями общее лечение включало прием внутрь глюкокортикоидного препарата Медрол 4 мг по схеме: 6 таблеток в день (3-2-1) в течение 14 дней, затем следует снижать по 1 таблетке в 7 дней: (3-1-1), через 7 дней – (2-1-0), через 7 дней – (1-1-0), через 7 дней – (1-0-0). Аспаркам по 1 таблетке 2 раза в день весь период приема глюкокортикоидов. Аевит 1 раз в день в течение месяца. Местно было рекомендовано продолжать применять Солкосерил дентинную адгезивную пасту 2–3 раза в день в течение 3 нед.

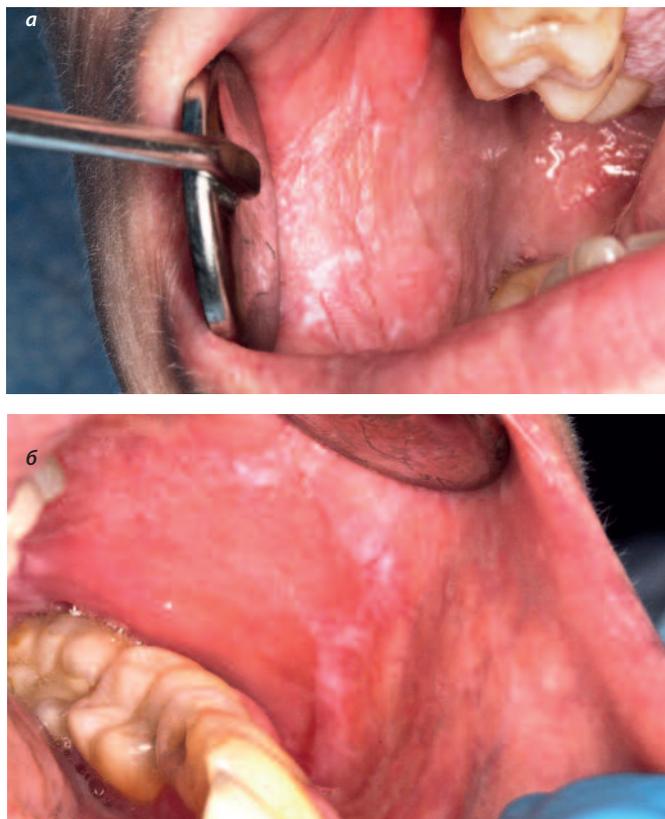
Спустя неделю после начала предложенного лечения пациентка на приеме отметила значительное улучшение общего состояния, уменьшение боли при приеме горячей пищи, появление возможности пользования съемными протезами. Психозмоциональное состояние стало хорошим. Пациентка отметила, что наблюдается у участкового-врача терапевта. Рекомендовано обращение по месту жительства в стоматологическое отделение для постановки на диспансерный учет, взята на динамическое наблюдение.

Клинический случай 3

Пациентка О., 60 лет, обратилась на кафедру терапевтической стоматологии по направлению из частного

Рис. 5. Очаги ороговения на слизистой оболочке щеки справа (а) и слева (б).

Fig. 5. Foci of keratinization on right (a) and left (b) buccal mucosa.



стоматологического кабинета. Предъявляла жалобы на белесоватые образования на слизистой оболочке полости рта. Периодически появляется чувство жжения и дискомфорта при приеме кислой пищи.

Впервые обратилась к врачу-стоматологу с этой проблемой около 10 лет назад. Тогда поражения, со слов пациентки, локализовались на слизистой оболочке небной поверхности верхней челюсти справа и на слизистой правой щеки. После обследования был поставлен диагноз «красный плоский лишай» под вопросом, назначено следующее лечение: рибоксин в инъекциях и витамины А и Е внутрь курсом. Состояние слизистой оболочки не улучшилось, но появились боли в правом подреберье. Пациентка связывает их с приемом витаминов, но не настаивает.

Была направлена на обследование щитовидной железы (нарушения не выявлены). Онколог предложил иссечь пораженный участок слизистой. Сказал, что это «начальная стадия рака» (со слов пациентки). Пациентка отказалась от дальнейшего контакта с врачом. Из лечения – нерегулярно смазывает белесые участки слизистой масляным раствором витамина А.

В анамнезе: сильные стрессы, язва двенадцатиперстной кишки, курение до настоящего периода, прикусывание щек во время сна. В последние месяцы замечает периодическое повышение артериального давления. Гипотензивные препараты принимает только для купирования приступов повышенного давления. Профессиональные вредности отрицает.

Рис. 6. Очаг поражения, выступающий над уровнем слизистой в ретромолярной области справа.

Fig. 6. Protruding lesion in the right retromolar region.



Объективно. Лицо симметрично. Кожа лица с сеточкой мелких сосудов. Подчелюстные узлы мягкоэластической консистенции, не спаяны, при пальпации безболезненны. Подбородочные и шейные лимфоузлы не пальпируются.

На слизистой оболочке щек белесоватые очаги ороговения, несколько возвышающиеся над поверхностью. Безболезненные, не соскабливаются, при пальпации отличаются от непораженной слизистой. На слизистой оболочке правой щеки имеются сильно выраженные белые очаги ороговения с резкими зазубренными границами. В области моляров нижней челюсти справа присутствует полигональная вытянутой формы эрозивная поверхность в стадии эпителизации (рис. 5, а). На слизистой оболочке щеки слева в ретромолярной области четко просматриваются папулы на гиперемизированном фоне, сливающиеся в сетчатый рисунок (рис. 5, б).

В ретромолярной области справа, на десне дистальнее третьего моляра нижней челюсти белое плотноватое гладкое образование, выступающее над уровнем слизистой, похожее на нависающий гребень, плотной консистенции, напоминающей мягкий хрящ (рис. 6).

Основные гиперкератотические образования – на нёбной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти справа в проекции моляров и премоляров. На свободной и прикрепленной десне в данной области выражены очаги ороговения белого цвета с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью нормальной слизистой (рис. 7). На вестибулярной десне справа поражение менее выражено.

Слизистая оболочка твердого нёба имеет белесоватый вид без выраженного гиперкератоза, присутствует складчатость поверхности, напоминающая «булыжную мостовую». На фоне бледной слизистой оболочки просматриваются небольшие узелки с красными точками на верхушках – увеличенные мелкие железы с зияющими протоками (см. рис. 7).

Был выставлен диагноз: L43.0 Лишай гипертрофический красный плоский (проявления в полости рта). Согласно клинической классификации Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона (1984 г.) выделена гиперкератотическая форма красного плоского лишая.

Рис. 7. Очаги гиперкератоза на альвеолярном отростке верхней челюсти справа. На фоне слизистой оболочки твердого неба небольшие узелки с красными точками на верхушках.

Fig. 7. Hyperkeratotic lesions of the maxillary right alveolar process. Nodules with red dots on tops on a background of hard palate mucosa.



В соответствии с МКБ-10 диагностировано: K13.24 Нёбо курильщика, никотиновый лейкокератоз нёба, никотиновый стоматит. Согласно клинической классификации А.Л. Машкиллейсона (1970 г.) выделена лейкоплакия курильщиков (никотиновый стоматит Таппейнера).

Пациентка получила рекомендации: категорический отказ от курения, качественная гигиена полости рта, обработка очагов поражения масляными растворами витаминов А, Е 2–3 раза в день в течение 10 дней. Контрольное посещение после завершения курса лечения. Было проведено разъяснение отрицательных последствий курения и необходимости отказа от вредной привычки с целью профилактики возможной малигнизации очагов поражения.

В случаях обострения комплексное лечение назначается в соответствии с клиническими протоколами. Схему местного воздействия можно представить следующим образом. Важную роль играет рациональная гигиена полости рта. В целях предупреждения вторичного инфицирования назначаются полоскания антисептиками. Аппликации масляных растворов витаминов А, Е, каротина, масла шиповника и облепихи, Репарэф-1, 2 способствуют уменьшению дискомфорта, ускорению эпителизации. Метилурациловая мазь, солкосерил, актовегин, мазь прополиса, холисал также дают положительный противовоспалительный эффект. При болезненности назначаются аппликации 5% взвеси анестезина в масле; 1–2% раствора лидокаина; 10% аэрозоля лидокаина; 0,25–0,5% раствора новокаина – перед едой.

При эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая используются кортикостероидные гормоны: 1% крем гидрокортизона ацетат; 0,1% мазь и крем гидрокортизона бутират; 0,1% мазь и крем мазипредона; 0,5% мазь преднизолон; 0,1% мазь триамцинолона ацетонид; 0,025% мазь и гель фторцинолона ацетонид.

Общее лечение проводит врач-дерматолог.

Заключение

Красный плоский лишай – это распространенное, длительно протекающее заболевание, которое проявляется на коже, слизистых оболочках полости рта и гениталий. При наличии элементов поражения ограничено в полости рта, у врачей могут возникнуть определенные затруднения при постановке диагноза. Как правило, пациенты с данной патологией имеют отягощенный общесоматический

анамнез, что предопределяет тесное сотрудничество между дерматологами, врачами общей практики, стоматологами и указывает на необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению таких пациентов. Своевременная и квалифицированная постановка диагноза позволяет рассчитывать на более оптимистичный прогноз в лечении проявлений красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта.

Литература / References

1. Казеко Л.А., Александрова Л.Л., Рутковская А.С. Проявление дерматоза в полости рта. Красный плоский лишай. Семейный доктор. 2016; 4: 37–40. [Kazeko L.A., Aleksandrova L.L., Rutkovskaya A.S. Proivavlenie dermatozov v polosti rta. Krasnyi ploskii lishai. Semeinyi doktor. 2016; 4: 37–40 (in Russian).]
2. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Андреева В.А. Кератозы слизистой оболочки полости рта. Здоровоохранение. 2014; 8: 18–25. [Lutskaya I.K., Zinovenko O.G., Andreeva V.A. Keratozy slizistoi obolochki polosti rta. Zdravookhranenie. 2014; 8: 18–25 (in Russian).]
3. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Черноштан И.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта. Современная стоматология. 2018; 3: 24–9. [Lutskaya I.K., Zinovenko O.G., Chernoshchan I.V. Differentsial'naya diagnostika zabolevaniy slizistoi obolochki polosti rta. Sovremennaya stomatologiya. 2018; 3: 24–9 (in Russian).]
4. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение. Казанский медицинский журнал. 2014; 95 (5): 680–7. [Chuiкин S.V., Akmalova G.M. Krasnyi ploskii lishai slizistoi obolochki rta: klinicheskie formy i lechenie. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2014; 95 (5): 680–7 (in Russian).]
5. Lutskaya I.K., Zinovenko O.G. Lichen planus in the oral cavity. Zbornik Radova. Deseti medunarodni kongres stomatologa Vojvodine (25–26 maj 2019). Novi Sad, Srbija. 2019. P. 42–3.
6. Зиновенко О.Г. Частота выявления гиперкератозов слизистой оболочки полости рта на хирургическом приеме. Перспективные решения в прогнозировании, диагностике, лечении и реабилитации заболеваний черепно-лицевой области и шеи. В кн.: Сборник трудов Нац. конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2018», Минск, 3–4 мая 2018 г. Под общ. ред. И.О. Походенько-Чудаковой; редкол. Д.С. Аветиков и др. Минск: Изд. центр БГУ, 2018. С. 275–8. [Zinovenko O.G. Chastota vyavleniya giperkeratozov slizistoi obolochki polosti rta na khirurgicheskom prieme. Perspektivnyye resheniya v prognozirovaniy, diagnostike, lechenii i reabilitatsii zabolevaniy cherepno-cheljustno-litsevoi oblasti i shei. V kn.: Sbornik trudov Nats. kongr. s mezhdunar. uchastiem «Parinskie chteniya 2018», Minsk, 3–4 maya 2018 g. Pod общ. ред. I.O. Poxodenyko-Chudakovoi; redkol. D.S. Avetikov et al. Minsk: Izd. tsentr BGU, 2018. S. 275–8 (in Russian).]
7. Герасимова Л.П., Чемикосова Т.С., Вильданов М.Н. и др. Особенности диагностики кератозов слизистой оболочки рта в поликлинических условиях. Практическая медицина. 2013; 4 (13): 34–9. [Gerasimova L.P., Chemikosova T.S., Vil'danov M.N. et al. Osobennosti diagnostiki keratozov slizistoi obolochki rta v poliklinicheskikh usloviyakh. Prakticheskaya medicina. 2013; 4 (13): 34–9 (in Russian).]
8. Латышева С.В., Бudevская Т.В., Качук М.В. Клинические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта. Современная стоматология. 2014; 1: 26–9. [Latysheva S.V., Budevskaya T.V., Kachuk M.V. Klinicheskie proiavleniya ploskogo lishaia slizistoi obolochki rta. Sovremennaya stomatologiya. 2014; 1: 26–9 (in Russian).]
9. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Цикра Н.В., Прохоренко Л.Н. Проявления буллезной формы плоского лишая в полости рта. Современная стоматология. 2019; 2: 35–40. [Lutskaya I.K., Zinovenko O.G., Tsikra N.V., Prokhorenko L.N. Proiavleniya bulleznoi formy ploskogo lishaia v polosti rta. Sovremennaya stomatologiya. 2019; 2: 35–40 (in Russian).]
10. Сурдина Э.Д. и др. Взаимосвязь между формой красного плоского лишая, степенью оксидативных нарушений в слизистой оболочке рта и тяжестью заболеваний гепатобилиарной системы. Институт стоматологии. 2014; 4: 48–50. [Surdina E.D. et al. Vzaimosvyaiz mezhdu formoi krasnogo ploskogo lishaia, stepen'iu oksidativnykh narushenii v slizistoi obolochke rta i tiazhest'iu zabolevaniy gepatobiliarnoi sistemy. Institut stomatologii. 2014; 4: 48–50 (in Russian).]
11. Рабинович О.Ф. и др. Иммуноморфология плоского лишая слизистой оболочки рта. Стоматология. 2016; 95 (2): 4–7. [Rabinovich O.F. et al. Immunomorfologiya ploskogo lishaia slizistoi obolochki rta. Stomatologiya. 2016; 95 (2): 4–7 (in Russian).]
12. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Современные представления об этиопатогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Современная стоматология. 2013; 2: 18–20. [Lukinykh L.M., Tiunova N.V. Sovremennyye predstavleniya ob etiopatogeneze krasnogo ploskogo lishaia slizistoi obolochki polosti rta. Sovremennaya stomatologiya. 2013; 2: 18–20 (in Russian).]
13. Ронь Г.И., Акмалова Г.М. Роль вирусной инфекции в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Пародонтология. 2014; 19 (1): 24–6. [Ron' G.I., Akmalova G.M. Rol' virusnoi infektsii v razvitiy krasnogo ploskogo lishaia slizistoi obolochki polosti rta. Parodontologiya. 2014; 19 (1): 24–6 (in Russian).]
14. Тарасенко С.В., Шатохин А.И., Умбетова К.Т., Степанов М.А. Т-клеточное звено иммунитета в патогенезе плоского лишая слизистой оболочки рта. Стоматология. 2014; 1: 60–3. [Tarasenko S.V., Shatokhin A.I., Umbetova K.T., Stepanov M.A. T-kletochnoye zveno immuniteta v patogeneze ploskogo lishaia slizistoi obolochki rta. Stomatologiya. 2014; 1: 60–3 (in Russian).]
15. Yarom N. Association between hepatitis C virus infection and oral lichen planus in Israeli patients. Isr Med Assoc J 2007; 9 (5): 370–2.
16. Рутковская А.С. Клинические и морфологические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта. Современная стоматология. 2013; 1: 17–20. [Rutkovskaya A.S. Klinicheskie i morfologicheskie proiavleniya ploskogo lishaia slizistoi obolochki rta. Sovremennaya stomatologiya. 2013; 1: 17–20 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Луцкая Ирина Константиновна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. терапевтической стоматологии, Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО). E-mail: lutskaja@mail.ru

Irina K. Lutskaya – D. Sci. (Med.), Prof., Belarusian medical academy of postgraduate education. E-mail: lutskaja@mail.ru

Зиновенко Ольга Геннадьевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии, Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО)

Olga G. Zinovenko – Cand. Sci. (Med.), Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education

Белованенко Ирина Олеговна – частнопрактикующий врач-стоматолог, Киев

Irina O. Beloivanenko – Private practicing dentist, Kiev

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.08.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 02.09.2021