

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2>**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)**

Научная статья

Любомищенко В.В.^{1*}, Одинец А.В.²¹ORCID : 0009-0005-7395-6120;¹Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация²Краевой клинический кожно-венерологический диспансер, Ставрополь, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (zaharovav025[at]gmail.com)

Аннотация

Красный плоский лишай (КПЛ) – это хронический дерматоз, который характеризуется появлением единственных элементов – папул. Симптомы включают поражения кожи, ногтей, слизистых оболочек и сопровождаются зудом. Доля красного плоского лишая среди всех дерматологических заболеваний составляет до 2,5%, но в случае поражения слизистой оболочки рта эта цифра достигает 35%. Однако на сегодняшний день специалисты дерматологического профиля заявляют, что число заболевания возрастает.

Цель исследования. Систематизировать научную информацию о методах дифференциальной диагностики красного плоского лишая, представленную в современной отечественной и зарубежной литературе.

Методы исследования. Поиск проводился в базах данных Medline/PubMed, Lilacs, Bireme, BVS и SciELO с использованием ключевых слов. После первоначального поиска, который предоставил нам 253 документа, это число было сокращено до 58 за последние пять лет.

Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер». В статье представлены результаты исследования, полученные в период с 2023 по 2024 гг.

Результаты. Обзор литературы и клинические случаи позволили выделить разнообразие клинической симптоматики и форм течения, которые представляют трудности в диагностике заболевания.

Выводы. Представленные случаи красного плоского лишая демонстрируют трудности дифференциальной диагностики, которые испытывают врачи-дерматовенерологи, так и специалисты других специальностей (акушер-гинекологи, стоматологи, терапевты).

Ключевые слова: красный плоский лишай, дифференциальная диагностика, редкие виды заболевания.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LICHEN PLANUS (CLINICAL CASES)

Research article

Lyubomishchenko V.V.^{1*}, Odinets A.V.²¹ORCID : 0009-0005-7395-6120;¹Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation²Regional Clinical skin and venereological dispensary, Stavropol, Russian Federation

* Corresponding author (zaharovav025[at]gmail.com)

Abstract

Lichen planus (LP) is a chronic dermatosis characterized by the appearance of single elements – papules. Symptoms include lesions on the skin, nails, mucous membranes and are accompanied by itching. The proportion of lichen among all dermatological diseases is up to 2.5%, but in the case of lesions of the oral mucosa, this figure reaches 35%. However, to date, dermatological specialists say that the number of the disease is increasing.

The purpose of the study. To systematize scientific information on the methods of differential diagnosis of lichen planus, presented in modern domestic and foreign literature.

Methods of study. The search was conducted in Medline/PubMed, Lilacs, Bireme, BVS and SciELO databases using keywords. After an initial search that provided us with 253 papers, this number was reduced to 58 over the last five years.

The study was conducted on the basis of the State Budgetary Health Care Institution of the Stavropol Krai "Regional Clinical Skin and Venereological Dispensary". The article presents the results of the study obtained between 2023 and 2024.

Results. A review of the literature and clinical cases made it possible to identify a variety of clinical symptoms and forms of course that present difficulties in diagnosing the disease.

Conclusions. The presented cases of lichen planus demonstrate the difficulties of differential diagnosis experienced by dermatovenerologists and specialists of other specialties (obstetricians, gynecologists, dentists, therapists).

Keywords: lichen planus, differential diagnosis, rare types of disease.

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) – это хронический дерматоз, который характеризуется появлением единственных элементов – папул. Симптомы включают поражения кожи, ногтей, слизистых оболочек и сопровождаются зудом. Доля красного плоского лишая среди всех дерматологических заболеваний составляет до 2,5%, но в случае поражения слизистой оболочки рта эта цифра достигает 35%. Однако на сегодняшний день специалисты дерматологического профиля заявляют, что число заболевания возрастает. При этом как показывает практика, женщины болеют чаще, чем

мужчины. В основном это происходит в период перименопаузы. Типичный возрастной диапазон для проявления этого заболевания составляет от 30 до 70 лет, но случаи были зарегистрированы у детей (1-10% случаев).

Зафиксированных данных о точной заболеваемости и распространенности плоского лишая не существует, однако общая частота его встречаемости в России составляет 12,7 случаев на 100 000 человек. Красный плоский лишай (lichen ruber planus) в общей структуре дерматологической заболеваемости составляет от 0,16-1,2% и до 35-70% среди болезней слизистой оболочки полости рта. Локальные поражение ногтей пластинок встречаются в 1-13% случаев. КПЛ часто встречается со многими соматическими заболеваниями. Возможны случаи, лихеноидных поражений пищевода, желудка и кишечника, мочевого пузыря и эндометрия, что позволяет говорить о многосистемности патологического процесса. Частота злокачественных изменений варьируется от 0,4% до более чем 5% в течение периода с 0,5 до 20 лет наблюдения. Чаще всего рак возникает у пациентов с атрофической и эрозивной формами болезни. В настоящее время, наблюдается тенденция к увеличению количества пациентов с атипичными, инфильтративными и тяжелыми формами этой патологии, которые имеют наибольшую вероятность развития злокачественных изменений в 0,07-3,2% случаев.

Поиск проводился в базах данных Medline/PubMed, Lilacs, Bireme, BVS и SciELO с использованием ключевых слов. После первоначального поиска, который предоставил нам 253 документа, это число было сокращено до 58 за последние пять лет.

Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер».

В статье представлены результаты исследования, полученные в период с 2023 по 2024 гг.

Основная часть

В настоящее время нет единой точки зрения об этиологии и патогенезе, данное заболевание имеет разнообразие клинических симптомов, характеризуется тяжелым, длительным, рецидивирующим течением. Однако уже накоплено достаточно данных о наследственной предрасположенности к КПЛ. Полиморфизмы генов различных маркеров HLA, а также воспалительные цитокины и хемокины были связаны с наличием КПЛ. Причина этих полиморфизмов, хотя и неясна, поддерживает гипотезу аутоантигена. Различные авторы связали начало, развитие и рецидив КПЛ со стрессом, тревогой и депрессией. Особое значение в возникновении заболевания имеют нарушения функции печени и пищеварительного тракта, инфекции (гепатит В, С) [3]. Поэтому диагноз КПЛ должен основываться на распознавании клинических проявлений, а также сбор анамнеза в поисках возможной причинно-следственной связи. Также необходимо провести гистопатологическое исследование для подтверждения диагноза [2].

Основная диагностика основывается на клинической картине: правило пяти «П» (пруригинозный (зудящий), плоский (плоская поверхность высыпаний), полигональный, пурпурно-фиолетовый, папулезный), поражение слизистых и ногтей, типичная локализация высыпаний, положительный феномен Кебнера, сильный зуд [1].

Назначают обследование пациента с целью выявить провоцирующие факторы: очаги хронической инфекции, поражение нервной системы, эндокринопатии и т.д.

При хронических распространенных формах нередко отмечается поражение ногтей, иногда сочетанно и на верхних, и на нижних конечностях (симптом дистрофии – 20 ногтей). Поражение ногтей включает в себя проксимально-дистальные линейные вдавления на ногтевой пластинке, а также формирование на месте матрикса ногтевой пластинки рубца. У детей поражение ногтей практически не встречается [8], [9].

Дерматоскопический признак типичной формы красного плоского лишая представлен полосами Уйкхема, которые могут выглядеть как жемчужно-беловатые (реже желтые или сине-белые) структуры, демонстрирующие несколько морфологических паттернов, включая сетчатый (наиболее распространенный), линейный, «радиальный струящийся», кольцевой, круглый, по типу «жилкования листьев» (тонкие вторичные полосы, отходящие от центрированной беловатой структуры, соединенные вместе с обоих концов, имитирующие кристаллическую структуру снега) и по типу «звездного неба» (сгруппированные фолликулярные белые точки). Выявляются точечные и линейно-извитые сосуды в периферической части образования, волосные фолликулы расширены и заполнены комедоноподобными структурами.

В настоящее время выделяют 7 основных форм заболевания: типичная, гипертрофическая, или веррукозная, атрофическая, пигментная, буллезная, эрозивно-язвенная, фолликулярная. Однако до настоящей публикации было описано более 60 разнообразных вариантов клинических форм КПЛ, что приводит к трудностям диагностики. Иногда встречаются сочетания нескольких клинических форм у одного пациента.

Характерные типичные клинические проявления, связанные с КПЛ, являются достаточно вариабельными. Однако для диагностики заболевания обычно достаточно обратить внимание на следующие особенности: дермо-эпидермальная папула диаметром 1-3 мм, имеющей полигональные очертания, пупкообразное центральное западение, отсутствие тенденции к периферическому росту и наличие сетки Уйкхема, в виде мелких беловатых крупинок и линий, обусловленных неравномерно выраженным гипергранулезом, которая становится заметной после нанесения на поверхность папул воды или глицерина. Папулы имеют синюшно-красную или лиловую окраску с перламутровым оттенком и полированным блеском при боковом освещении (рис. 1). Обычно они перестают увеличиваться после достижения размеров примерно 3-4 мм, но имеют тенденцию к слиянию, образуя более крупные очаги в виде гирлянд, линий и колец [7].

Дифференциальная диагностика типичной формы КПЛ проводится с блестящим лишаем, которому характерно наличие симметрично расположенных мелких округлых, реже полигональных, плотных папул с блестящей гладкой, слегка выпуклой или плоской поверхностью цвета нормальной кожи либо слабо-розовой окраски. Субъективные жалобы обычно отсутствуют, в редких случаях может быть кожный зуд.

Также необходимо дифференцировать с мелкоузелковой формой саркоидоза. Превалирует желтовато-бурая окраска, форма полушаровидная (рис. 2). Редко поражаются слизистые полости рта. Характерен феномен запыленности (при диаскопии элементы имеют светло-коричневую окраску).

Обязательно с вторичным папулезным сифилисом, при котором высыпания медно-красного цвета, овальной или округлой формы. Шелушатся по периферии с образованием воротничка Биетта, зуд отсутствует. У пациентов серологические реакции положительны в 100% случаев.



Рисунок 1 - Типичная форма КПЛ
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.1>



Рисунок 2 - Мелкоузелковая форма саркоидоза. Феномен запыленности

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.2>

При всех формах красного плоского лишая основным патоморфологическим элементом является папула. Гипертрофическая форма (*lichen ruber hypertrophicus, s. verrucosus*), помимо папул, характеризуется появлением бляшек округлых или овальных очертаний диаметром 4-7 см и более, локализирующиеся на передней поверхности голени, розово-красного цвета с бородавчатой поверхностью. Бляшки обычно неровные, бугристые, с бородавчатыми выступами и углублениями, а также небольшим количеством чешуек (рис. 3). Очаги округлой или овальной формы, с неровными краями и четкими границами. Узелки могут появляться на периферии больших очагов поражения и имеют фиолетово-красноватый цвет, характерный для типичной формы красного плоского лишая. Очаги имеют неправильной

или округлой формы с четкими границами, неравномерно возвышающиеся над окружающей кожей. Пациенты с гипертрофической формой обычно испытывают сильный зуд, а элементы высыпания долгое время остаются на коже и редко распространяются на другие участки тела. Зачастую происходит сочетание с хронической венозной недостаточностью [8], [9].

Актуальным является проведение дифференциальной диагностики веррукозной формы КПЛ с чесухой взрослых. При чесухе высыпания не многочисленные, более крупные, плотные, имеют полушаровидную, овальную форму, часто покрыты геморрагическими корочками (рис. 4). Слизистые оболочки не поражаются.

Веррукозную форму КПЛ дифференцируют с ограниченным нейродермитом. Выраженный интенсивный зуд характерен для нейродермита, возможно появление участков гипер- и депигментации, мелких рубчиков на месте глубоких эскориаций.



Рисунок 3 - Гипертрофическая форма КПЛ
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.3>



Рисунок 4 - Печесуха взрослых
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.4>

Атрофическая форма (*lichen planus atrophicus*) характеризуется образованием немногочисленных высыпаний (типичных узелков), которые со временем превращаются в атрофические пятна. В основе формирования очагов лежит усиленный гранулез и гиперкератоз за счет апоптотических кератиноцитов. Кожа в области атрофии приобретает серовато-желтый цвет с коричневой каймой, а на слизистых оболочках они имеют белесоватую окраску. Едва возвышающиеся над уровнем здоровой кожи узелки часто сопровождают пигментную форму (рис. 5). Часто атрофическая форма локализуется на голове, туловище, подмышечных впадинах и половых органах. Больные испытывают умеренный зуд.

Атрофический красный плоский лишай надо отличать от склеротического лишая, который проявляется совершенно мономорфным высыпанием – склерозирующими белыми пятнами без зуда.

Инверсный красный плоский лишай (*lichen planus inversus*) типично поражает кожу интертригинозных участков – подмышечных впадин (рис. 6), паховых складок, сгибательных поверхностей конечностей и субмаммарной области. Клинически высыпания носят локализованный эритематозный характер с размытыми границами и участками лихенификации. Кроме того, могут быть обнаружены кератотичные (ороговевшие) папулы и эрозии с причудливыми очертаниями. Также для этой формы типична пигментация.

Дифференцировать следует инверсную форму красного плоского лишая от ограниченной формы нейродермита (лишай Видаля), атопического дерматита, эритразмы, кандидоза, болезни Гужеро-Хейли-Хейли.



Рисунок 5 - Атрофический форма КПЛ
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.5>



Рисунок 6 - Инверсная форма КПЛ

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.6>

Пигментная форма (lichen planus pigmentosus) возникает остро и поражает значительную поверхность кожи. Она часто локализуется на участках кожи, подвергаемых инсоляции, а также в области складок на сгибаемых поверхностях. Высыпания имеют разные оттенки, включая буровато-коричневый и фиолетовый. Они представляют собой множественные пятнистые элементы округлой формы диаметром от 0,3 до 1 см с четкими границами, которые могут сливаться в диффузные очаги поражения, в зоне которых могут проявляться типичные лихеноидные папулы

(рис. 7). В центре большинства элементов начинают формироваться участки атрофии (симптом «папиросной бумаги» Пospelова). Пигментную форму отличает проявление гиперпигментных пятен с малозаметными папулезными элементами [6].

Пигментная форма КПЛ может иметь сходство с токсической меланодермией, которая чаще располагается на открытых участках тела. Её появлению предшествует эритема, а обострению – инсоляция. Узелковые высыпания не имеют полигональных очертаний и центрального вдавления. Слизистая полости рта не поражается. Помимо гиперпигментации, фолликулярных папул, могут определяться атрофические изменения и телеангиэктазии. Отмечается ухудшения общего состояния.



Рисунок 7 - Пигментная форма КПЛ

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.7>

Линейный красный плоский лишай (*lichen ruber linearis*). Высыпания располагаются в виде полос, линий, как правило, асимметрично, чаще на конечностях (рис. 8а) в проекции нервно-сосудистого пучка, над варикозно расширенными венами (*lichen varicosus*). У детей красный плоский лишай может локализоваться на лице. Линейные (полосовидные) очаги, располагаясь по ходу периферических нервов, могут группироваться аналогично пузырьковым высыпаниям при опоясывающем лишае. Такая локализация получила название зостериформной (*lichen ruber zosteriformis*) (рис. 8б).

Другим вариантом линейного красного плоского лишая является изоморфная реакция на механическую травматизацию кожи (феномен *Kebner-Kreibich*).

Дифференциальная диагностика этой формы КПЛ с линейным эпидермальным веррукозным воспалительным невусом (ILVEN), для которого характерно раннее начало заболевания, выраженный кожный зуд, отсутствие ответа на проводимую терапию (рис. 9).



Рисунок 8 - Линейный КПЛ: lichen ruber linearis

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.8>



Рисунок 9 - Линейный КПЛ: Lichen ruber zosteriformis

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.9>



Рисунок 10 - Линейный эпидермальный веррукозный воспалительный невус
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.10>

Кольцевидный (анулярный) красный плоский лишай (lichen ruber anularis): элементы группируются в форме колец, полукольца, дуг. При разрешении высыпаний нередко остаются пигментация и атрофия.

Кольцевидный красный плоский лишай локализуется чаще на коже половых органов (половой член, мошонка, преддверие влагалища), а также на слизистой оболочке рта (рис. 10). Эту форму дифференцируют с кольцевидной гранулемой. Имеется разная локализация: половые органы чаще при КПЛ, кисти при кольцевидной гранулеме. При кольцевидной гранулеме папулы имеют округлые очертания, полушаровидной формы, плотной консистенции, без вдавления и блеска. Зуд будет отсутствовать [9].

Дифференциальную диагностику нужно проводить с бовеноидным папулезом. Цвет при бовеноидном папулезе от синюшно-красного до коричневатого с веррукозными разрастаниями.

Кольцевидную и линейную форму КПЛ дифференцируют с порокератозом Мибелли (рис. 11). Появляется в детском возрасте. Бляшки (единичные или множественные) серовато-коричневого или медно-красного цвета, округлых или неправильных очертаний. Центральная часть бляшки слегка западает, становясь атрофичной. По краю бляшки сохраняется коричневатый роговой валик, который заключен в желобок и выступает в виде гребешка.



Рисунок 11 - Кольцевидная форма КПЛ
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.11>



Рисунок 12 - Порокератоз Мибелли
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.12>

Красный плоский лишай ладоней и подошв (*lichen ruber planus palmarum et plantarum*). При этой редкой разновидности высыпания разнообразны. На фоне слабой эритемы, чаще в области thenar и hypothenar, появляются полигональные узелки величиной до 1 см со склонностью к слиянию в бляшки [5]. Локализация их чаще в области медиальной поверхности свода стоп (рис. 12).

Дифференциальную диагностику проводят с саркомой Капоши (рис. 13). Высыпания багрового цвета и серо-аспидных тонов. Склонны к росту и трансформации в узловатые инфильтраты. Зуд отсутствует.



Рисунок 13 - КПЛ ладоней и подошв

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.13>



Рисунок 14 - Саркома Капоши

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.145.2.14>

В целом, прогноз КПЛ с поражением кожи обычно благоприятный. Спонтанные ремиссии кожных проявлений этого заболевания наблюдаются у 64-68% пациентов в течение первого года после возникновения симптомов [2].

Лечение

Поскольку заболевание еще не было полностью изучено специалистами, а причины, механизмы возникновения и развития заболевания также малоизвестны, для облегчения плоского лишая используется множество методов лечения. Например, использование средств и лекарств, которые помогают облегчить зуд на коже [4].

При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с местной терапии – топических глюкокортикостероидных препаратов средней и высокой активности (бетаметазон, клобетазол, мометазон, бетаметазон + салициловая кислота) [10].

Из системной терапии используются глюкокортикостероиды, например, преднизолон, противомаларийные препараты.

Селективная фототерапия активно используется для лечения плоского лишая, кроме того, назначается PUVA терапия.

Препаратами первой линии для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта являются топические глюкокортикостероидные препараты или ретиноиды наружного применения, а также обезболивающие и ранозаживляющие средства.

Заключение

Красный плоский лишай – это хроническое зудящее воспалительное заболевание, характеризующиеся мономорфными полигональными папулезными высыпаниями, с вовлечением в процесс кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы. При лечении следует обратить внимание на не заразность заболевания, необходимость устранения возможной причины длительного течения дерматоза, коррекцию психоэмоциональных расстройств.

Необычайное разнообразие клинической симптоматики и форм течения, представляет трудности в диагностике заболевания. Также следует помнить, что различные формы КПЛ могут существовать одновременно на одном пациенте.

Гипертрофические и эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая рассматриваются как преинвазивные. Число больных этим заболеванием неуклонно растет. Чаще стали болеть дети. Болезнь имеет периоды ремиссии и обострения, что свидетельствует о том, что все пациенты должны находиться под надлежащим наблюдением. Правильный диагноз патологии имеет решающее значение для эффективного лечения и минимизирует ятрогенный вред.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Burkhart N.W. Assessing the characteristics of patients with oral lichen planus / N.W. Burkhart [et al.] // The Journal of the American Dental Association. — 1996. — V. 127. — №. 5. — P. 648-662.
2. Gorouhi F. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis / F. Gorouhi, P. Davari, N. Fazel // ScientificWorldJournal. — 2014. — 742826. — DOI: 0.1155/2014/742826.
3. Cassol-Spanemberg J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence / J. Cassol-Spanemberg [et al.] // Journal of clinical and experimental dentistry. — 2018. — V. 10. — №. 9. — P. 938.
4. Романенко И.Г. Современный взгляд на проблему лечения красного плоского лишая (обзор литературы) / И.Г. Романенко, О.В. Горобец, В.О. Салищева // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. — 2019. — №. 6 (42). — С. 174-177.
5. Слесаренко Н.А. Клинический полиморфизм красного плоского лишая / Н.А. Слесаренко [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2017. — Т. 13. — №. 3. — С. 652-661.
6. Снарская Е.С. Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая / Снарская Е.С. [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2013. — №. 5. — С. 40-43.
7. Тлиш М.М. Результаты анализа заболеваемости красным плоским лишаем в Краснодарском крае за 2012-2015 гг. и клинические аспекты его течения / М.М. Тлиш [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2016. — Т. 12. — №. 3. — С. 458-462.
8. Фицпатрик Т. Дерматология / Т. Фицпатрик [и др.] // Атлас-справочник // Пер. с англ. — М.: Практика. — 1999. — С. 18-36.
9. Чеботарев В.В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии / В.В. Чеботарев, М.С. Асхаков, А.В. Одинец [и др.] — 2022
10. Юсупова Л.А. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии / Л.А. Юсупова, Э.И. Ильясова // Практическая медицина. — 2013. — №. 1-4 (73). — С. 13-16.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Burkhart N.W. Assessing the characteristics of patients with oral lichen planus / N.W. Burkhart [et al.] // The Journal of the American Dental Association. — 1996. — V. 127. — №. 5. — P. 648-662.
2. Gorouhi F. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis / F. Gorouhi, P. Davari, N. Fazel // ScientificWorldJournal. — 2014. — 742826. — DOI: 0.1155/2014/742826.
3. Cassol-Spanemberg J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence / J. Cassol-Spanemberg [et al.] // Journal of clinical and experimental dentistry. — 2018. — V. 10. — №. 9. — P. 938.
4. Romanenko I.G. Sovremennyj vzglyad na problemu lecheniya krasnogo ploskogo lishaya (obzor literatury) [A modern view on the problem of treating lichen planus (literature review)] / I.G. Romanenko, O.V. Gorobec, V.O. Salishcheva // Vestnik medicinskogo instituta «Reaviz»: reabilitaciya, vrach i zdrav'e [Bulletin of the medical institute "Reaviz": rehabilitation, doctor and health]. — 2019. — №. 6 (42). — P. 174-177 [in Russian].
5. Slesarenko N.A. Klinicheskij polimorfizm krasnogo ploskogo lishaya [Clinical polymorphism of lichen planus] / N.A. Slesarenko [et al.] // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal [Saratov Journal of Medical Science]. — 2017. — V. 13. — №. 3. — P. 652-661 [in Russian].

6. Snarskaya E.S. Kliniko-morfologicheskie osobennosti pigmentnoj formy krasnogo ploskogo lishaya [Clinical and morphological features of the pigmented form of lichen planus] / Snarskaya E.S. [et al.] // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej [Russian Journal of Skin and Venereal Diseases]. — 2013. — №. 5. — P. 40-43 [in Russian].
7. Tlish M.M. Rezul'taty analiza zaboлеваemosti krasnym ploskim lishaem v Krasnodarskom krae za 2012-2015 gg. i klinicheskie aspekty ego techeniya [The results of the analysis of the incidence of lichen planus in the Krasnodar Territory for 2012-2015 and the clinical aspects of its course are presented] / M.M. Tlish [et al.] // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal [Saratov Journal of Medical Science]. — 2016. — V. 12. — №. 3. — P. 458-462 [in Russian].
8. Ficpatrik T. Dermatologiya [Dermatology] / T. Ficpatrik [et al.] // Atlas-spravochnik [Atlas-reference book] // Translated from English. — M.: Praktika. — 1999. —P. 18-36 [in Russian].
9. CHEbotarev V.V. Rukovodstvo dlya klinicheskikh ordinatorov po dermatovenerologii [Guidelines for clinical residents on dermatovenerology] / V.V. CHEbotarev, M.S. Askhakov, A.V. Odinec [et al.] — 2022 [in Russian]
10. YUsupova L.A. Krasnyj ploskij lishaj: sovremennye patogeneticheskie aspekty i metody terapii [Red lichen planus: modern pathogenetic aspects and methods of therapy] / L.A. YUsupova, E.I. Il'yasova // Prakticheskaya medicina [Practical medicine]. — 2013. — №. 1-4 (73). — P. 13-16 [in Russian].