

Сандакова Д.Ц., Белокрылова Н.С., Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Зобнин В.В.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗОМ

ФБГОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, 672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, 39а

Резюме. В статье представлен современный обзор литературы, освещающий причины, клинические критерии, тактику ведения пациентов с редкой патологией – атипичной формой красного плоского лишая, ассоциированного с кандидозом. Обзор иллюстрирован клиническим примером заболевания женщины 50 лет с описываемой патологией, проявившейся в октябре 2024 года.

Ключевые слова: красный плоский лишай, атипичная форма, слизистая оболочка полости рта, кандидоз

Sandakova D.Ts., Belokrylova N.S., Pinelis I.S., Pinellis Yu.I., Zobnin V.V.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING ATYPICAL LICHEN PLANUS ASSOCIATED WITH CANDIDIASIS

Chita State Medical Academy, 39a Gorky St., Chita, Russia, 672000

Abstract. The article presents a modern literature review highlighting the causes, clinical criteria, and management tactics of patients with a rare pathology – atypical lichen planus associated with candidiasis. The review is illustrated by a clinical example of a 50-year-old woman with the described pathology, which manifested itself in October 2024.

Keywords: lichen planus, atypical form, oral mucosa, candidiasis

Стоматология представляет собой одну из активно развивающихся отраслей современной медицины. Стоматологическая помощь в Забайкалье оказывается на высоком уровне врачами-стоматологами разных специальностей.

Между тем, стоматология включает не только лечение патологии твердых тканей зубов, но и заболеваний слизистой оболочки полости рта (далее СОПР), которые требуют отдельного подхода к диагностике, терапии, профилактике.

Распространенность заболеваний СОПР составляет от 3–5% до 8–20% и имеет тенденцию к росту [1]. Учитывая, какие сложные и разнообразные заболевания слизистой оболочки полости рта включает в себя их классификация, проблема более чем серьезна. Среди патологии слизистой оболочки полости рта очень много облигатных и факультативных предраков, которые часто подвержены трансформации в рак полости рта.

Развитию предрака полости рта и красной каймы губ способствуют хроническая травма острыми краями разрушенных зубов, компонентами ортодонтических и ортопедических конструкций, требующих замены или коррекции, раздражающая, горячая и острая пища, наличие вредных привычек (кусание слизистой рта, алкоголь, курение, жевание табака и т. д.), профессиональные вредности, метеоклиматические условия. Позднее обращение пациентов, отсутствие комплексного подхода к лечению, диспансерного наблюдения за данными пациентами и недостаточная онкологическая настороженность врачей, несоблюдение установленных сроков консервативного лечения приводит к большому проценту запущенных случаев заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Согласно данным состояния онкологической помощи в России, за последние годы на поздних стадиях (III–IV) выявлены 62,8% опухолей полости рта. Различают два типа предраковых состояний слизистой оболочки: факультативный и облигатный [2].

Факультативный предрак является хроническим заболеванием с относительно низким риском малигнизации, развитие рака наблюдается в 5–10% случаев. Такие патологические процессы сопровождаются дистрофией и атрофией тканей, а также нарушением процессов клеточной регенерации с образованием участков гиперплазии и метаплазии клеток, которые в последующем могут стать источником злокачественной опухоли [2].

Облигатный предрак рассматривается как патологическое состояние, которое при отсутствии лечения рано или поздно трансформируется в рак. Особенностью облигатного предрака является дисплазия, характеризующаяся изменением формы и внешнего вида клеток – клеточной атипией, нарушением процесса дифференцировки клеток – образованием клеток различного уровня зрелости с преобладанием менее специализированных форм, а также изменением нормальной структуры, появлением участков асимметрии, нетипичного взаиморасположения клеток. Облигатный предрак переходит в рак в 20–30% случаев, большинство из них обусловлено наследственными факторами [2]. Общее состояние организма, наличие тяжелой сопутствующей патологии, состояние полости рта, местные травматические факторы, имеющиеся вредные привычки, безусловно, влияют на усугубление патологического процесса при любом типе предрака. Онкологическая настороженность должна присутствовать в работе врача-стоматолога при изменении цвета слизистой оболочки, появлении папилломатозных разрастаний, уплотнении краёв эрозий и язв.

Прием врача-стоматолога должен начинаться с осмотра полости рта. Важно на данном этапе исключить наличие патологий СОПР, своевременно выявить и как можно раньше начать консервативное или хирургическое лечение с дальнейшим диспансерным наблюдением.

За период с октября 2021 года по январь 2022 года врачами-специалистами клиники диагностированы предраковые состояния слизистой полости рта у шести пациентов, которые были направлены в онкологический диспансер, двоим из которых выставлен диагноз плоскоклеточный рак II стадии.

В медицинском сообществе отмечается явная тенденция к увеличению числа научных публикаций по изучению красного плоского лишая (КПЛ). Это обусловлено тем, что некоторые формы КПЛ относятся к факультативному предраку полости рта [3].

Частота озлокачествления КПЛ в среднем составляет около 1,37% [4]. Риск малигнизации очагов КПЛ повышается при их локализации на языке, наличии эритем, эрозий, дисплазий эпителия, употреблении наркотиков алкоголя, курении, носительстве вирусов и др. Выявление рака СОПР при КПЛ в основном обнаруживается в течение 3–6 лет с момента начала заболевания. Диспансеризацию легких форм КПЛ осуществляют каждые 9–12 месяцев, при среднетяжелом течении – не реже 1 раза в полгода [5].

В последних исследованиях глобальная распространённость красного плоского лишая составила 1,01%. Отмечается заметная географическая разница в распространенности красного плоского лишая: самая высокая распространённость была зафиксирована в Европе (1,43%), а самая низкая — в Индии (0,49%). Начиная с 40-летнего возраста, распространённость патологии значительно и прогрессивно возрастает [6].

Красный плоский лишай (lichen planus) – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся папулёзными высыпаниями. Роберт Вильсон впервые (1869) описал поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае [7].

Красный плоский лишай (КПЛ) относят к заболеваниям с неясной этиологией и патогенезом. К настоящему моменту есть доказательства того, что клеточно-опосредованный иммунный ответ играет важную роль в развитии заболевания. Красный плоский лишай поражает поверхности, покрытые многослойным плоским эпителием. Т-клетки, как CD4+, так и CD8+, накапливаются в дерме, в то время как Т-клетки CD8+ проникают в эпидермис. Большинство лимфоцитов в инфильтрате состоят из клеток CD8+ и CD45RO+ и экспрессируют α - β Т-клеточный рецептор (TCR) и в меньшей степени γ - δ рецептор. Эти клетки отвечают за наиболее характерное изменение, наблюдаемое при лихеноидной реакции, – апоптоз [8]. На риск возникновения красного плоского лишая могут оказывать влияние большое количество факторов, в том числе стресс [9], изменение процентного

соотношения микроорганизмов в полости рта, генетическая предрасположенность, заболевания щитовидной железы [10], сахарный диабет [11], заболевания сердечно-сосудистой системы [12], ВПЧ [13], гепатит [14].

Состояние баланса микрофлоры полости рта – важная и значимая часть для сохранения здоровья слизистой полости рта, между тем она характеризуется достаточно широким разнообразием. В связи с этим мы осмотрели пациентов, преимущественно с эрозивно-язвенной и гиперкератотической формами КПЛ и направили их на исследование с целью определения состава микрофлоры полости рта. Исследование показало повышенную концентрацию *γ-Streptococcus* (10/4), *Candida albicans* (10/5) и снижение числа *St. Saprophyticus* (от 10/3 до полного отсутствия). Обсемененность пародонтопатогенными формами *Edwardsiella tarda* и грибами *Candida Krusei* подтверждена у двух человек в равной степени (по 10/5) и составила, соответственно, также 4,5% в каждом случае. Хотелось бы отметить, что наличие первой вышеназванной формы микроорганизмов не входит в состав резидентной флоры полости рта.

Обязательным для установления стал вопрос, какие из травмирующих факторов являются доминирующими при КПЛ? Он был разрешён путём анализа истории болезни пациентов, наблюдавшихся в консультационном центре по заболеваниям СОПР. Нами было выявлено, что в 100% случаев пациенты с КПЛ имели тот или иной травмирующий фактор, а самый больший процент (52%) пришёлся на долю такого фактора, как курение сигарет в течение длительного времени. Ортопедические конструкции из металла имели разные степени изношенности, могли явиться причиной физической травмы и приводить к гальванизму чуть в меньшем проценте случаев (22%). Наличие беззубой челюсти и частичные вторичные адентии внесены нами как фактор, приводящий к механической травме, и его присутствие отмечено в 16% случаев. Острые края зубов вследствие патологической стираемости, кариозного процесса, скученности зубов составили 10% среди причин, оказывающих неблагоприятное действие на состояние слизистой оболочки полости рта.

Классификация включает в себя шесть клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: типичную, экссудативно-гиперемическую, буллезную, гиперкератотическую, эрозивно-язвенную, атипичную. Тем не менее, выделяют и другие классификации красного плоского лишая. Ряд авторов отмечают разные формы красного плоского лишая: линейную, сетчатую, кольцевидную, пигментную, атрофическую, эритематозную, смешанную и папулёзный тип [15]. Деление на формы и типы красного плоского лишая отражает клиническую картину и особенности первичных и вторичных элементов поражения. Морфологические элементы поражения при красном плоском лишае чаще всего локализуются в области языка, губ, щек, предпочитая область ближе к жевательным группам зубов, значительно реже излюбленной локализацией становятся десна, нёбо, слизистая дна полости рта. Мелкие узелки, называемые папулами, имеют серовато-перламутровый цвет, с размерами до 2-3-х мм в диаметре, не возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Такая картина, как правило, встречается при типичной форме болезни. Пациенты могут при данной форме не предъявлять жалоб, или их тревожит необычный вид слизистой оболочки. Иногда наблюдается красивый рисунок, напоминающий кружево или листья папоротника, радиально расположенных лучей, линий. Если рисунок усилен появлением бляшек, возвышающихся над уровнем слизистой оболочки, и наблюдается повышенное ороговение, клиника схожа с лейкоплакией. Такая картина определяется как гиперкератотическая форма, при которой больные указывают на уменьшение эластичности слизистой, чувство инородного тела, и также пациенты испытывают канцерофобию.

Серовато-перламутровые папулы на гиперемизированной и отечной слизистой оболочке полости рта отличают экссудативно-гиперемическую форму. При данной форме пациенты жалуются на появление боли при приеме горячей и острой пищи.

Единичные или множественные эрозии, в редких случаях – язвы с неровными, нечеткими границами, покрытые фиброзным налетом, характеризующиеся кровоточивостью, наблюдаются при эрозивно-язвенной форме. Данная форма КПЛ клинически выражается длительно не эпителизирующимися эрозиями и язвами с сохранением вокруг эрозий рисунка папул. Сочетание гипертонической болезни, сахарного диабета и красного плоского лишая часто сопровождается именно

эрозивно-язвенную форму и обозначается как синдром Гриншпана. Это трио повышает риск затяжного обострения болезни и неблагоприятного её течения.

Наличие пузырных элементов при сохранных типичных папулезных высыпаниях по периферии является диагностическим признаком буллезной формы КПЛ. Пузыри обладают более плотной покрывкой и, как правило, могут наблюдаться в напряженном состоянии до двух суток. Далее они быстро вскрываются и также быстро эпителизируются.

Нехарактерной локализацией элементов поражения заявляет о себе атипичная форма заболевания, и мы визуализируем изменения слизистой оболочки верхней и нижней губы, десны, в виде симметрично расположенных очагов ограниченной застойной гиперемии, иногда выступающих над окружающей слизистой оболочкой [16]. Данная форма встречается значительно реже остальных и достаточно трудно поддается лечению по причине поздней диагностики и частых рецидивов [17]. Лечение атипичной формы КПЛ для врачей-стоматологов представляет тяжелую клиническую задачу, оно должно быть комплексным, патогенетическим, максимально индивидуализированным.

Сочетание атипичной формы КПЛ с другими нозологиями, в частности с кандидозом, встречается на приеме врача-стоматолога нечасто [18]. Оно требует акцентирования терапии с учётом звеньев патогенеза как КПЛ, так и грибковой патологии.

Кандидоз – заболевание слизистой полости рта, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Грибы *Candida* являются резидентами в полости рта и обнаруживаются в неактивном состоянии на слизистой оболочке здорового человека. Развитию кандидоза в полости рта предшествует снижение защитных сил организма, при котором грибы становятся патогенными. Прием в течение длительного промежутка времени антибактериальных препаратов, гормонотерапия, наличие зубного камня, мягких зубных отложений, присутствие микротоков, угнетение иммунных факторов, лучевая и иммуносупрессивная терапии способствуют его возникновению. Для диагностики важное значение имеют показатели состава микрофлоры полости рта, в частности выявление нитей псевдомицелия, почкующихся микроорганизмов на посевах питательных сред из очагов поражения, полученных путем соскоба. Особое внимание при лечении атипичной формы КПЛ, ассоциированной с кандидозом, уделяют профессиональной и индивидуальной гигиене полости рта, при подборе средств гигиены следует избегать назначения препаратов раздражающего, алергизирующего, лихеноидного, токсического действия [20]. Актуален поиск новых эффективных методов фармакотерапии, обладающих противовоспалительными и иммуносупрессивными свойствами, способных активно диффундировать к пораженным участкам.

Одной из целей данного обзора является определение того, усугубляет ли наложение инфекции, вызванной *Candida*, на клинические симптомы и течение красного плоского лишая СОПР. Хотя не выявлено прямой связи между развитием КПЛ и кандидоза, но факт усугубления клиники данных заболеваний при их ассоциации неоспорим [21, 22] и даже позволяет прогнозировать увеличение риска малигнизации.

Представленные сведения иллюстрированы клиническим примером заболевания женщины 50 лет с описываемой патологией.

Клинический случай. Пациентка Е., 50 лет, в октябре 2024 года обратилась за консультативной помощью в стоматологическую клинику ЧГМА с жалобами на боль при приеме пищи, жжение слизистой оболочки. Из анамнеза выяснено, что с 8 октября 2024 года наряду с обострением хронического дерматоза на задней поверхности шеи появились участки шелушения кожи и воспалительные изменения в десне. Больная отметила, что в течение длительного времени испытывала воздействие стрессогенного фактора. Она самостоятельно делала аппликации гелем «Метрогил Дента» и ротовые ванночки с настоем ромашки, но лечение было неэффективным.

В анамнезе жизни пациентка отмечала дерматоз и аллергическую реакцию на йод. В момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное. При внешнем обследовании конфигурация лица не была нарушена, на боковой поверхности шеи справа имелись нечеткие участки лихенизации, неправильной формы, размером 2,0 на 1,0 см, не возвышающиеся над окружающей кожей. В этой зоне ткани были незначительно гиперемизированные, чешуйки белого цвета безболезненно и частично

снимались при механическом воздействии. По периферии от основных элементов обнаруживались единичные узелки розового цвета с перламутровой поверхностью, размером 0,5 на 0,5 см (рис. 1).



Рис.1. Участок лихенизации на боковой поверхности шеи

При внутриротовом обследовании: папиллярная и маргинальная десна безболезненная, полнокровная, ярко гиперемированная и отечная от зуба 1.6 до зуба 2.4 (рис. 2, рис. 3). У моляров верхней челюсти справа на фоне яркой гиперемии видна эрозия размером до 1 см, покрытая фибринозным налетом (рис. 4). На поверхностях всех групп зубов отмечается мягкий зубной налет, индекс гигиены по Федорову–Володкиной равен 3,4 балла (плохой уровень гигиены). Пациентка некачественно проводит гигиену полости рта из-за предупреждения появления кровоточивости десен. На зубах 1.4 и 1.5 имеются ортопедические конструкции – коронки, требующие замены. Из-за их плотного прилегания к поверхности десны отсутствует промывной канал, что является местным травмирующим фактором.



Рис. 2. Зона воспаленной папиллярной десны



Рис. 3. Зона воспаленной папиллярной десны во фронтальном отделе верхней челюсти во втором сегменте верхней челюсти



Рис. 4. Эрозия в области моляров верхней челюсти справа на фоне яркой гиперемии

Клинический диагноз: Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма (L 43.8) выставлен с учётом имеющейся незначительной эрозии. После эпителизации форма красного плоского лишая была изменена на атипичную.

В ходе первичного приема больной назначено общее лечение: 0,025 Супрастина на ночь в течение 7 дней, по 10 мг Афобазола 2 раза в день (курс 30 дней; по 100 мг Ребамипида СЗ 3 раза в день на протяжении 2-х недель

Местное лечение: гель Камистад для обезболивания, антисептическая обработка раствором Мирамистина 0,01%, Гидрокортизоновая мазь, масляный раствор Витамина А, гель «Метрогил Дента» в виде аппликаций назначены курсом в 7 дней. Даны рекомендации по гигиене полости рта, а также соблюдению диеты. В комплекс дополнительных методов исследования были включены: консультация врача-гематолога, врача-аллерголога, а также цитологическое исследование на наличие клеток Тцанка и анализ микрофлоры полости рта.

Результаты микробиологического исследования выявили грибы рода *Candida albicans* в 10 в 5 степени, обнаружена кишечная микрофлора *Enterococcus faecalis* до 10 в 4 степени.

Обследования у смежных специалистов позволили исключить заболевания крови и аллергические состояния.

Клинический диагноз. Основной: Красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма (L 43.8). Сопутствующий: Кандидозной стоматит (B37.0).

На повторном приеме в ноябре 2024 года пациентка отмечает улучшение в полости рта, жалобы отсутствуют. Гиперемия десен незначительно уменьшилась, но сохраняется в тех же локализациях (рис. 5). В полости рта сохраняется гиперемия десен во втором сегменте верхней челюсти, незначительно уменьшилась яркость гиперемии (рис. 6). На зубах отмечается большое количество мягкого зубного налета. Эрозия десны эпителизировалась.



Рис. 5. Участок папиллярной десны во фронтальном отделе после проведенного лечения



Рис. 6. Папиллярная десна во втором сегменте верхней челюсти после проведенного лечения

В ходе повторного посещения больной общее лечение скорректировано согласно результатам микробиологического исследования. Дополнительно назначены общие и местные противогрибковые препараты: Флуконазол по 1 капсуле 1 раз в день, курс 7 дней; местное лечение: 20% раствор буры в глицерине, мазь Клотримазол. Необходимо помнить, что противогрибковые препараты назначаются строго с учётом определения чувствительности микрофлоры к антимикотикам. После проведённого лечения анализ на наличие грибов Кандида был повторен. Очень важным пунктом при лечении атипичной формы КПЛ, ассоциированной с кандидозом, являлась коррекция индивидуальной гигиены полости рта для устранения микробного фактора.

В этиологии КПЛ значительную роль играет стресс, в связи с этим больной был назначен транквилизатор Афобазол по 1 таблетке в день курсом 1 месяц. Кроме того, был применен антималярийный препарат, обладающий иммунодепрессивным и противовоспалительным действием – Иммард по 200 мг раз в день, курс лечения 2 месяца. Использование Ребамипида-СЗ способствовало быстрой эпителизации и заживлению эрозий. Однако он редко используется врачами-стоматологами, но в данном случае этот препарат заметно ускорил регенерацию слизистой полости рта [23].

При подготовке полости рта к протезированию, при наличии такого диагноза как красный плоский лишай, необходимо помнить, что любой травмирующий фактор, в том числе и повышение давления на слизистую оболочку, может однозначно дать ход прогрессированию болезни. Поэтому рекомендации и требования врачей стоматологов-ортопедов сводятся к исключению дополнительной травматизации или минимализации ее присутствия, а именно - протезированию несъемными конструкциями, которые практически не оказывают или оказывают минимальный контакт, не оказывая давления на слизистую. Учитывая, что применение разнородных металлов приводит к такому состоянию, как гальваноз, также более приемлемым является протезирование из благородных или же сплавов однородных металлов. Если имеется возможность обойти металлосодержащие конструкции, это будет самый благоприятный выбор. При применении пластиночных конструкций желателен использование двухслойных базисов с эластичной прокладкой, изготовленной из бесцветной пластмассы.

Заключение. Таким образом, у данной пациентки мы обнаружили сочетанное течение двух нозологий, что является не частым клиническим проявлением. Приобретенный опыт позволил нам правильно провести алгоритм диагностических мероприятий, комплексно подойти к лечению с учётом результатов дополнительных методов исследования, при этом исключив достаточно серьёзные нозологии, которые могли иметь место в данном случае. Описание данного наблюдения позволит ознакомить врачей-стоматологов с курацией пациентов с аналогичными заболеваниями и взвешенным подходом к их терапии, не забывая о комплексности проведения всех диагностических и лечебных мероприятий.

Работа выполнена в соответствии с этическими принципами проведения исследований с участием человека Хельсинкской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (Declaration of Helsinki), пересмотр 2013г, одобрена этическим комитетом.

Сведения о вкладе авторов.

Сандакова Д.Ц. – 25% (разработка концепции и дизайна исследования, сбор данных; анализ и интерпретация данных; анализ литературы по теме исследования; написание текста статьи; утверждение окончательного текста статьи).

Белокрылова Н.С. – 20% (сбор данных; анализ и интерпретация данных; анализ литературы по теме исследования).

Пинелис И.С. – 25% (анализ литературы по теме исследования; написание текста статьи; утверждение окончательного текста статьи).

Пинелис Ю.И. – 20% (научное редактирование; утверждение окончательного текста статьи).

Зобнин В.В. – 10% (сбор и интерпретация данных).

Сведения о финансировании и конфликте интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация о соответствии статьи научной специальности.

3.1.7. – «Стоматология».

Список литературы:

1. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. М. ГЭОТАР-Медиа. 2021. 888с.
2. Дробышев А.Ю., Янушевич О.О. Челюстно-лицевая хирургия. М. ГЭОТАР-Медиа. 2018. 880 с.
3. Srivastava K.C., Saini R.S., Lin G.S.S., et.al. Decadal Bibliometric Analysis on the Therapeutic Strategies in Oral Lichen Planus. Health Sci Rep. 2025 Jan 29;8(2): e70403. doi: 10.1002/hsr2.70403.
4. Giuliani M., Troiano G., Cordaro M. et al. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. Oral Dis. 2019 Apr 25;25(3):693-709. doi: 10.1111/odi.12885.
5. Пинелис И.С., Сандакова Д.Ц. Уровень онкологической настороженности у стоматологов Забайкалья. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции. 2020. 28–31

6. Gonzalez-Moles M.A., Warnakulasuriya S., Gonzalez-Ruiz I., et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2021. 27 (4). 813–828. doi: 10.1111/odi.13323.
7. Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М. МЕДпресс. 2001.
8. Ioannides D., Vakirlis E., Kemeny L., et al. European S1 guidelines on the management of lichen planus: a cooperation of the European Dermatology Forum with the European Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020. 34 (7). 1403–1414. doi: 10.1111/jdv.16464.
9. De Porras-Carrique T., Gonzalez-Moles M.A., Warnakulasuriya S., et al. Depression, anxiety, and stress in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2022. 26 (2). 1391–1408. doi: 10.1007/s00784-021-04114-0.
10. Li D., Li J., Li C., et al. The Association of Thyroid Disease and Oral Lichen Planus: A Literature Review and Meta-analysis. 2017 Nov 9. 8. 310. doi: 10.3389/fendo.2017.00310.
11. Otero Rey E.M., Yanez-Busto A., Rosa Henriques IF., et al. Lichen planus and diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2019 Jul. 25 (5). 1253–1264. doi: 10.1111/odi.12977.
12. Arias-Santiago S., Buendia-Eisman A., Buendia-Eisman A., et al. Cardiovascular Risk Factors in Patients with Lichen Planus. *Am J Med.* 2011 Jun. 124 (6). 543–548. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.12.025.
13. Ma J., Zhang J., Zhang Y., et al. The Magnitude of the Association between Human Papillomavirus and Oral Lichen Planus: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016 Aug 29. 11 (8). e0161339. doi: 10.1371/journal.pone.0161339.
14. Shengyuan L., Songpo Y., Wen W., et al. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a metaanalysis. *Arch Dermatol.* 2009 Sep. 145 (9). 1040–1047. doi: 10.1001/archdermatol.2009.200.
15. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Грин В.М. Язык – «зеркало» организма. М. Стоматология. 2000.
16. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. М. Медицинское информационное агентство. 2003.
17. Акмалова Г.М. К вопросу об атипичной форме красного плоского лишая на слизистой оболочке рта. *Уральский медицинский журнал.* 2013. 5 (110). 30–31.
18. Rodriguez-Archilla A., Fernandez-Torralbo S. Candida species colonization in oral lichen planus: A meta-analysis. *Int J Health Sci (Qassim)* 2022 Jul-Aug; 16 (4): 58–63.
19. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М. Стоматология. 2001.
20. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М. ГЭОТАР-Медиа. 2005.
21. Parlatescu I., Nicolae C., Tovar S., et al. Association between Candida infection and lesions in oral lichen planus. *Maedica (Bucur).* 2021 Dec; 16 (4): 585–589. doi: 10.26574.
22. Ma D., Yang S., Van M. Association between oral lichen planus and Candida albicans infection: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2024. 16 (8): 3462–3471. doi: 10.62347/WCDS1944.
23. Matsuda T., Ohno S., Hirohata S., et al. Efficacy of rebamipide as adjunctive therapy in the treatment of recurrent oral aphthous ulcers in patients with Behçet's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Drugs R D.* 2003. 4 (1). 19–28. doi: 10.2165/00126839-200304010-00002.

References:

1. Therapeutic dentistry: a national guide. edited by L. A. Dmitrieva, Yu. Moscow. Maksimovsky. M. GEOTAR-Media. 2021. In Russian.
2. Drobyshev A.Y., Yanushevich O.O. Maxillofacial surgery. Moscow, GEOTAR-Media. 2018. In Russian.
3. Srivastava K.C., Saini R.S., Lin G.S.S., et al. Decadal Bibliometric Analysis on the Therapeutic Strategies in Oral Lichen Planus. *Health Sci Rep.* 2025 Jan 29. 8(2). e70403. doi: 10.1002/hsr.2.70403.
4. Giuliani M., Troiano G., Cordaro M. et al. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. *Oral Dis.* 2019 Apr 25(3):693–709. doi: 10.1111/odi.12885.
5. Pinelis I.S., Sandakova D.C. The level of oncological alertness among dentists in Transbaikalia. Collection of articles of the interregional scientific and practical conference. 2020. 28–31

6. Gonzalez-Moles M.A., Warnakulasuriya S., Gonzalez-Ruizl. et.al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. Oral Dis. 2021. 27(4). 813-828. doi: 10.1111/odi.13323.
7. Mashkilleison A.L. Diseases of the oral and lip mucosa. Moscow. MEDpress. 2001. in Russian.
8. Ioannides D., Vakirlis E., Kemeny L. et.al. European S1 guidelines on the management of lichen planus: a cooperation of the European Dermatology Forum with the European Academy of Dermatology and Venereology. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020. 34(7). 1403-1414. doi: 10.1111/jdv.16464.
9. De Porras-Carrique T., Gonzalez-Moles M.A., Varnakulasuria S., et.al. Depression, anxiety and stress in lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Clinical research. 2022. 26(2). 1391-1408. doi: 10.1007/s00784-021-04114-0.
10. Li D., Li J., Li S., et.al. Association of thyroid gland diseases and lichen planus of the oral cavity: literature review and meta-analysis. November 9th, 2017. 8. 310. doi:10.3389/fendo.2017.00310.
11. Otero Rey E.M., Yanez-Busto A., Rosa Henriques I.F., et.al. Lichen planus and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Oral report. 2019. July 25(5). 1253-1264. doi: 10.1111/odi.12977.
12. Arias-Santiago S., Buendia-Eisman A., Buendia-Eisman et.al. Risk factors for cardiovascular diseases in patients with lichen planus. Am J Med. 2011, June. 124(6). 543-548. doi:10.1016/j.amjmed.2010.12.025.
13. Ma J., Zhang J., Zhang Y., et.al. The degree of association between human papillomavirus and lichen planus: a meta-analysis. PLoS One. 2016, August 29. 11(8). e0161339. doi: 10.1371/journal.pone.0161339.
14. Shengyuan L., Songpo Yu., Wen V. et.al. Hepatitis C virus and lichen planus: a mutual relationship determined by meta-analysis. Dermatology. September 2009. 145(9). 1040-1047. doi: 10.1001/archdermatol.2009.200.
15. Banchenko G.V., Maksimovsky Yu.M., V.M.Green. Language is a "mirror" of the body. Moscow. Dentistry. 2000. in Russian.
16. Borovskiy E.V. Therapeutic dentistry. Moscow. Medical Information Agency. 2003. in Russian.
17. Akmalova G.M. On the issue of the atypical form of lichen planus on the oral mucosa. Ural Medical Journal. 2013. 5 (110). 30-31. in Russian.
18. Rodriguez-Archilla A., Fernandez-Torralbo S. Candida species colonization in oral lichen planus: A meta-analysis. Int J Health Sci (Qassim) 2022 Jul-Aug;16(4):58-63.
19. Barer G.M., Volkov E.A., Gemonov V.V. Therapeutic dentistry. Diseases of the oral mucosa. Moscow. GEOTAR-Media. 2005. in Russian.
20. Danilevsky N.F., Leontiev V.K., Nesin A.F., et.al. Diseases of the oral mucosa. Moscow. Dentistry. 2001. in Russian.
21. Parlatescu I., Nicolae C., Tovar S., et.al. Association between Candida infection and lesions in oral lichen planus. Maedica (Bucur). 2021 Dec; 16(4):585-589. doi: 10.26574
22. Ma D., Yang S., Van M. Association between oral lichen planus and Candida albicans infection: a systematic review and meta-analysis. Am J Med. 2024. 16 (8): 3462-3471. doi: 10.62347/WCDS1944.
23. Matsuda T., Ono S., Hirohata S. et.al. The efficacy of rebamipide as an adjunct therapy in the treatment of recurrent aphthous oral ulcers in patients with Behcet's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Research of medicines. 2003. 4(1). 19-28. doi: 10.2165/00126839-200304010-00002.

Информация об авторах:

1. **Сандакова Долгор Цырендоржиевна**, к.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, e-mail: sandakova.1963@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-7489-8300>;
2. **Белокрылова Наталья Сергеевна**, ординатор кафедры терапевтической стоматологии, e-mail: natashadandelion@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-6985-9389>.
3. **Пинелис Иосиф Семенович**, д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии, e-mail: pinelis1@mail.ru, ORCID ID: [org/0000-0002-6681-4563](https://orcid.org/0000-0002-6681-4563), ResearcherID: AAO-2246-2020, SPIN-код: 8977-6894, ScopusAuthorID: 7003754244.
4. **Пинелис Юрий Иосифович**, д.м.н., заведующий кафедрой хирургической стоматологии, e-mail: pinelis1@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0664-702X>, ResearcherIDV-2939-2017, SPIN-код: 2252-8216, ScopusAuthorID: 55587198500.

5. **Зобнин Валерий Валерьевич**, к.м.н., заведующий кафедрой стоматологии ФДПО, e-mail: v.zobninstom@yandex, ORCID ID: <https://orcid.jrg/0009-0003-4116-1951>; SPIN-код6764-3579; AuthorID: 692134.

Author information:

1. **Sandakova D.T.**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry, e-mail: sandakova.1963@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-7489-8300>.
2. **Belokrylova N.S.**, Resident of the Department of Therapeutic Dentistry, e-mail: natashadandelion@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-6985-9389>.
3. **Pinelis I.S.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Surgical Dentistry Department, e-mail: pinelis1@mail.ru, ORCID ID: [org/0000-0002-6681-4563](https://orcid.org/0000-0002-6681-4563), ResearcherID: AAO-2246-2020, SPIN-код: 8977-6894, ScopusAuthorID: 7003754244.
4. **Pinelis Yu.I.**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical Dentistry, e-mail: pinelis1@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0664-702X>, ResearcherIDV-2939-2017, SPIN-код: 2252-8216, ScopusAuthorID: 55587198500.
5. **Zobnin V.V.**, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Dentistry, e-mail: v.zobninstom@yandex, ORCID ID: <https://orcid.jrg/0009-0003-4116-1951>; SPIN-код6764-3579; AuthorID: 692134.

Информация.

Дата опубликования – 24.06.2025