

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.

В.Г.Панкратов, Д.С.Горбацевич

БГМУ, кафедра кожных и венерических болезней.

// ARS medica. Искусство медицины : дерматовенерология. – 2012. - № 12. – С.96-102.

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический воспалительный дерматоз - до настоящего времени остается актуальной проблемой дерматологии в связи с неясностью этиопатогенеза, многообразием триггерных и пусковых факторов, поражением, наряду с кожей и слизистыми оболочками, внутренних органов. В общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ по данным различных авторов занимает от 0,5 до 2,5 %[1]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте и среди представителей всех рас. Женщины составляют 60-75% пациентов с КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) [2, 3] и около 50% случаев изолированных кожных форм [4]. Средний возраст больных КПЛ варьирует от 50 до 60 лет при поражении СОПР [2, 3] и от 40 до 45 лет при вовлечении в процесс только кожных покровов [4]. Дерматоз редко отмечается у пожилых и молодых людей (менее 5% от всех случаев) [5], причем частота встречаемости зависит от определенных географических регионов. Сочетанное поражение кожных покровов и слизистых оболочек при этом заболевании выявляется у 45-75% больных [1, 6]. Чаще регистрируется изолированное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, оно составляет до 35% среди терапевтической патологии полости рта [2] и в основном встречается у людей зрелого возраста (40-60 лет). Изолированное поражение ногтевых пластин при КПЛ по данным различных авторов варьирует от 1 до 13% [7]. Область гениталий у мужчин поражается при КПЛ в 25% всех случаев, известны семейные случаи КПЛ [8]. КПЛ оказывает негативное влияние психологический статус и качество жизни пациентов. К факторам, оказывающим неблагоприятное воздействие, относятся зуд, болезненность и дискомфорт во время еды, половые дисфункции.

Впервые это заболевание было описано Э. Уильсоном еще в 1869 году, но до настоящего времени нет единого взгляда на природу и механизмы формирования КПЛ. Существует несколько теорий этиопатогенеза КПЛ: наследственная, инфекционная, нейрогенная, иммунологическая, интоксикационная, теория эндокринных и метаболических нарушений [1, 6, 8, 9]. В настоящее время иммунным нарушениям при КПЛ уделяется особое внимание. По современным данным, в иммунопатогенезе КПЛ могут участвовать следующие механизмы: активация иммунной системы (чаще Т1-хелперами, реже Т2-хелперами), аутоиммунные механизмы, аллергические реакции; у

части больных КПЛ выявляется недостаточность некоторых звеньев иммунитета (сниженные фагоцитоз и функциональная активность Т-лимфоцитов).

Диагностика КПЛ основана на клинической картине и данных биопсии. Гистологическое исследование кожи и слизистых показано для подтверждения диагноза при атипичных формах заболевания, а также для дифференциальной диагностики идиопатического КПЛ и лихеноидных реакций, которые возникают в результате приема внутрь, вдыхания или местного воздействия различных химических веществ или лекарств [3]. В случае длительно существующих высыпаний, не поддающихся медикаментозной терапии, биопсия проводится для исключения дисплазии или плоскоклеточного рака.

Цель исследования заключалась в изучении эпидемиологии, современных клинических и патоморфологических критериев диагностики различных клинических форм КПЛ.

Материалы и методы

В основу работы положен ретроспективный анализ клинической документации 204 больных с верифицированным диагнозом КПЛ, проходивших стационарное лечение в ЛПУ «Городской клинический кожно-венерический диспансер» за 2-летний период (2009-2010 гг.). Среди наблюдавшихся больных было 75 мужчин (37%) и 129 женщин (63%) в возрасте от 19 до 84 лет. Диагноз КПЛ у пациентов был верифицирован на основании клинических проявлений и биопсии пораженных участков.

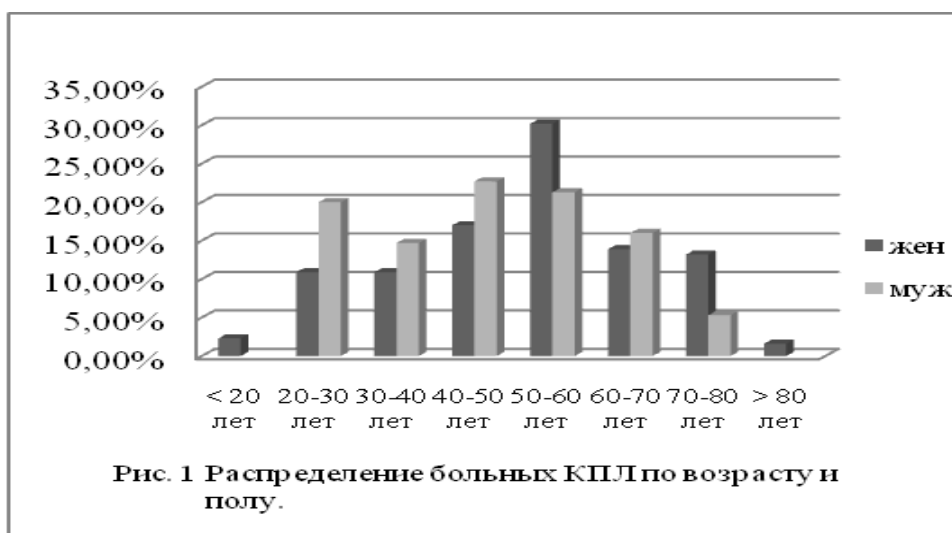
Для оценки патоморфологических изменений при КПЛ было изучено 36 образцов биоптата кожных покровов.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 17.0:

- ранговая корреляция Спирмена;
- непараметрический метод сравнения средних двух независимых выборок (критерий Манна-Уитни).

Результаты и их обсуждение.

Распределение больных по возрасту и полу представлено на рисунке 1. Различия по полу статистически достоверны ($p=0,001$) с преобладанием женщин среди пациентов с КПЛ. Как видно из графика, среди пациентов с КПЛ большинство - женщины в возрасте 50-60 лет (средний возраст - 51,7 лет). Следует отметить, что у мужчин заболеваемость КПЛ практически не зависит от возраста, при этом все же по сравнению с женщинами у них имеется склонность к возникновению дерматоза в более молодом возрасте (средний возраст - 45,2 лет). Наши наблюдения согласуются с данными других авторов [2, 3, 4, 5]. Семейные случаи КПЛ нами не наблюдались.



Для оценки структуры дерматоза пациенты были разделены на группы в зависимости от локализации процесса, его распространенности и морфологической характеристики первичного элемента. Изолированное поражение кожи при КПЛ наблюдалось в 66,7% случаев, изолированное поражение слизистых – в 19,6%, одновременное вовлечение кожи и слизистых было выявлено у 13,7% пациентов. Изолированное поражение СОПР и красной каймы губ при КПЛ по данным других авторов [6] составляет до 35% среди терапевтической патологии полости рта. У одного пациента патологический процесс затрагивал ногтевые пластинки стоп. Изолированное поражение ногтей при КПЛ не характерно, во многих случаях оно предшествует или сопутствует клиническим проявлениям заболевания. Наиболее распространенными изменениями ногтей при КПЛ являются: истончение ногтевой пластинки, продольные борозды (гребешки), расщепление дистального края ногтевой пластинки (онихошизис), реже – онихолизис, онихорексис, подногтевой гиперкератоз или даже отсутствие ногтевой пластинки [1, 3, 10]. Дистрофия всех ногтевых пластинок может наблюдаться как единственный симптом поражения ногтей при КПЛ. Птеригиум, или рост эпонихия в длину с прирастанием его к проксимальному краю ногтевой пластинки, как результат разрушения кутикулы и формирования рубцовой ткани является наиболее типичным поражением ногтей КПЛ [10, 11].

По данным литературы [1, 4, 9, 10] кроме типичной формы КПЛ выделяют следующие клинические формы дерматоза: гипертрофическая (веррукозная), атрофическая, пигментная, фолликулярная, эритематозная, везикуло-буллезная, эрозивно-язвенная и актиническая. По нашим данным, при поражении кожных покровов типичная форма заболевания встречалась в 77% случаев, пигментно-атрофическая – в 7%, веррукозная - в 6%, у 4% больных была выявлена фолликулярная форма, у 2% - лентикулярная, в 4% случаев наблюдалось сочетание клинических вариантов дерматоза. При локализации КПЛ

на слизистой оболочке поражение полости рта составляло 95% случаев, из них у 73% пациентов наблюдалась ретикулярная форма, у 22% - эрозивно-язвенная, оставшиеся 3% и 2% приходились на поражение области гениталий и синдром Гриншпана-Потекаева соответственно. Следует отметить, что в 75% случаев поражение СОПР наблюдалось у женщин, в то время как мужчины чаще страдали веррукозной и фолликулярной формами КПЛ. Достоверность данных подтверждена непараметрическим методом сравнения средних двух независимых выборок ($p=0,021$). Ассоциация гингивита и эрозивных форм поражения области гениталий при КПЛ получило название вульвовагиногингивального или пеногингивального синдрома [11]. Характерными его признаком является сочетание десквамации, эрозий в области гениталий с эритемой, эрозиями, ретикулярными бляшками на слизистой десен и языке.

У 72 пациентов (35,3%) лихеноидные высыпания по типу КПЛ были проявлением токсидермии (анамнез, клинико-лабораторные исследования). Диссеминированный характер высыпаний имел место у 75% пациентов, в 25% случаев процесс носил локализованный характер.

Давность заболевания варьировала от 1 недели до 37 лет и в среднем составляла среди мужчин и женщин 2,7 и 2,25 лет соответственно. Наибольшая длительность заболевания наблюдалась у пациентов с веррукозной формой КПЛ (в среднем -12,5 лет), а в случаях комбинации различных клинических форм средняя продолжительность составляла 8,3 года. Острое течение наблюдалось у 12 пациентов (5,8%), у 113 пациентов КПЛ протекал подостро (55,4%), и в 79 (38,8%) случаях имело место хроническое течение с максимальной длительностью ремиссии до 23 лет. Красный плоский лишай склонен к рецидивам, частота которых, по данным различных авторов, весьма вариабельна и составляет от 11 до 57%. Продолжительность межрецидивного периода также может быть различной – от 3-6 месяцев до 5-9 лет и более. Несмотря на то, что какой-либо цикличности в течении КПЛ выявить не удастся, отмечено, что возникновение и рецидивы дерматоза нередко зависят от метеорологических условий [1, 12]. По нашим данным, первичное развитие заболевания или обострения уже существующего в 53% случаев возникало в весенне-зимний период.

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на высыпания на коже, слизистых оболочках полости рта или гениталий, которые в большинстве случаев сопровождалась субъективными ощущениями (зуд, жжение, болезненность при употреблении пищи, изменение чувства вкуса). У 40 пациентов с локализацией процесса только на кожных покровах (29,4%) субъективные ощущения (зуд) в области высыпаний не выявлялись. При

отсутствии эрозивных элементов бессимптомное течение в большинстве случаев имела и ретикулярная форма поражения СОПР.

Для описания типичных симптомов для КПЛ часто используют правила шести P: purpule (фиолетовые), polygonal (полигональные), pruritic (зудящие), papule (папулезные), plan(уплощенные), plaque (бляшка) [8, 10]. Классические высыпания при КПЛ представлены плоскими папулами полигональной формы с пупковидным вдавлением в центре. Наиболее типичная окраска свежего узелкового элемента – ярко-розовая с лиловым оттенком. Цвет зрелого элемента синюшно-красный (ливидный) или буровато-красный. Размеры папул - 2-5 мм, но могут варьировать от точечных до более крупных высыпаний (более 1 см), что чаще встречается при атипичных формах заболевания. Поверхность папулы гладкая или с невыраженным шелушением, которое иногда напоминает псориазическое. При боковом освещении узелки имеют своеобразный восковидный блеск. На поверхности многих сформировавшихся папул определяется характерная точечная или полосовидная исчерченность в виде паутины (сетка Уикхема), что обусловлено, по мнению одних авторов, неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса, других – различием кровоснабжения участков кожи в связи со сдавлением сосудов дермы инфильтратом из лимфоцитов. Феномен легче визуализируется с помощью увеличительной лупы или ручного дерматоскопа после нанесения на поверхность элемента масла или воды. В острую стадию при прогрессировании заболевания может определяться изоморфная реакция Кебнера вследствие травмы, расчесов, повреждений кожи.

При объективном обследовании у большинства наблюдавшихся нами пациентов кожные высыпания располагались в области туловища (боковые поверхности, параумбиликальная зона, низ живота), конечностей (тыл кистей и стоп, сгибатели предплечий, передняя поверхность голеней, область голеностопных суставов, внутренняя поверхность бедер), реже – в области спины и поясницы, крупных складок, волосистой части головы, в паховой области. У 27 человек (13,2%) выявлен положительный симптом Кебнера (послеоперационные рубцы, места расчесов, следы механических повреждений кожи). В подавляющем большинстве случаев удавалось выявить типичные мелкие папулезные элементы полигональной формы, фиолетового цвета с характерным перламутровым оттенком, пупкообразным вдавлением и сеткой Уикхема на поверхности. При веррукозной форме КПЛ высыпания были представлены резко очерченными бляшками с бородавчатой поверхностью, выраженным гиперкератозом и в большинстве случаев локализовались на коже голеней, реже – в области предплечий. Патологический процесс в виде гиперпигментированных пятен и атрофических очагов в местах их

регресса, локализованный в области крупных складок, на коже туловища, в паховой области, был характерен для пигментно-атрофической формы КПЛ. При фолликулярной форме высыпания располагались в области туловища, волосистой части головы, проксимальных отделов конечностей и были представлены отдельными остроконечными кератотическими с роговыми пробками папулами или бляшками. У 5 пациентов различные клинические формы сочетались между собой: пигментно-гипертрофическая форма, фолликулярно-лентикулярно-каплевидная форма, монетовидно-каплевидно-бляшечная форма, фолликулярно-перифолликулярная форма, сочетание кольцевидной и пигментной форм. В 4 из 5 случаев такие комбинации были представлены у лиц женского пола. У 2 мужчин высыпания КПЛ локализовались в области головки полового члена, были представлены сгруппированными в виде колец белесоватыми папулами со склонностью к периферическому росту и разрешению в центральной части кольца. Известно, что КПЛ, локализующийся в области гениталий, значительно затрудняет половую жизнь пациентов ввиду выраженной болезненности. У мужчин наиболее часто поражается область головки полового члена, преимущественно с формированием папул в виде кольца. У женщин поражение области гениталий характеризуется очагами лейко- или эритроплакии с гиперемией, жжением, образованием влажных эрозивных поверхностей, очагами белого налета в области вульвы или по краям эрозий, увеличением влагалищных выделений (обычно вязкие, желтого цвета), диспареурией, кровоточивостью после полового акта [8,11]. Наиболее часто патологический процесс локализуется в области больших и малых половых губ, влагалище вовлекается в 50% случаев [11]. Редким проявлением является десквамативный вагинит, при этом происходит отторжение поверхностных эпителиальных клеток влагалища, что ведет к появлению муковидных выделений. Наиболее частыми осложнениями поражения гениталий при КПЛ являются: рубцевание вульвы при эрозивных формах (95% случаев); синехии с вагинальным стенозом, сращение малых половых губ у женщин; фимоз у мужчин [13, 14].

При вовлечении СОПР чаще всего процесс локализовался на слизистой буккальной поверхности щек по линии смыкания зубов, на слизистой альвеолярных отростков, спинки языка и его боковых поверхностях, красной кайме губ. Первичный морфологический элемент – папула белесоватого цвета полигональной формы с блестящей поверхностью. При эрозивно-язвенной форме поражения СОПР выявлялись множественные эрозивные и язвенные дефекты, нередко покрытые фибринозным налетом. Эрозивно-язвенная форма выявлялась во всех случаях локализации КПЛ в области красной каймы губ. У пациентов с эрозивно-язвенной формой поражения СОПР в

12 случаях (85,7%) имелись признаки кандидозного поражения слизистых, подтвержденные микроскопически во всех случаях

Тридцать пять пациентов (17,2%) указали возможные причины, повлиявшие на развитие или обострение заболевания, из них: в 12 случаях - стрессогенные факторы, в 9 - прием лекарственных средств, в 4 - протезирование зубов, связь с заболеваниями щитовидной железы отмечало 2 пациента, с изменением метеорологических условий (зимне-весенний период) - 2, с травмой - 1. Большая часть пациентов (82,8%) не смогла провести параллели между началом заболевания и какой-либо причиной. Данные о состоянии аллергологического статуса пациентов собраны на основании анамнестических данных и результатов тестов *in vitro* (РАЛ) с лекарственными препаратами. У 40,2 % пациентов были выявлены аллергические реакции на лекарственные препараты, среди них: анальгетики (57,6%), антибиотики (23,2%), НПВС (16%), антигипертензивные препараты (14,3%), ферментные препараты (10,7%), противодиабетические препараты (8,9%), прочие препараты (седативные, витамины группы В, пирарцетам и др.) – 30,3%.

Был проанализирован спектр перенесенной и сопутствующей патологии, наличие оперативных вмешательств, травм у пациентов с КПЛ. Заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС и др.) встречались в 79% случаев, заболевания ЖКТ (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, неспецифический язвенный колит, патология гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и др.) – в 31%, эндокринная патология (сахарный диабет, узловой зоб, гипотиреоз и др.) – в 17% , гинекологическая патология – в 13,2%, патология мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) и костно-суставной системы – в 7,8% каждая, сопутствующая кожная патология (псориаз, микозы и др.) – в 6,86%, патология ЛОР-органов – в 6,37%, патология органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма) - 5,9%; наличие оперативных вмешательств, травм отмечено в анамнезе у 11,8% пациентов. Замечено, что на пациентов с поражением СОПЛ приходится 90% всех случаев патологии ЛОР-органов, 75% всех случаев заболеваний щитовидной железы, 54% всей гинекологической патологии, выявленной в спектре сопутствующих заболеваний, 47% всех случаев патологии ЖКТ, включая заболевания гепатобилиарной системы. На то, что в развитии КПЛ большое значение имеет наличие сопутствующей соматической патологии указывают ряд авторов [1, 8, 11, 15, 16].

Проведенный анализ данных стандартных лабораторных исследований, проведенных всем пациентам: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, не выявил каких-либо специфических нарушений, лишь у 1/3 пациентов наблюдалось незначительное повышение СОЭ. Уровень холестерина в крови у больных

КПЛ составлял в среднем $5,3 \pm 2$ ммоль/л., а содержание β -липопротеинов – 0,53 ммоль/л. При статистической обработке полученных данных наблюдалась значимая корреляция (по Спирмену) между уровнем холестерина и β -липопротеинов у обследованных больных КПЛ (коэф. кор.=0,512, $p < 0,0001$).

Для изучения патоморфологических изменений при КПЛ нами проанализирован гистологический материал 36 больных, среди которых 24 пациентов имели типичную форму КПЛ кожи, 5 – пигментно-атрофическую форму, 4 – фолликулярную форму, 2 – гипертрофическую форму, 1 – сочетание пигментной и гипертрофической форм. В 14% случаев были выявлены изменения по типу токсидермической реакции: субэпидермальный инфильтрат с содержанием плазматических клеток и эозинофилов, очаговый паракератоз, очаговый разрыв гранулярного слоя. Типичному варианту течения соответствовала классическая гистологическая картина КПЛ: гиперкератоз, гипергранулез, акантоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя, диффузный полосовидный инфильтрат на границе эпидермиса и дермы, экзоцитоз. При пигментно-атрофической форме на препарате отмечалась выраженная атрофия эпидермиса, умеренно выраженный акантоз, гипер- и паракератоз, гипергранулез, лимфогистиоцитарный инфильтрат в сосочковом слое дермы с большим количеством меланофагов, заполненных пигментом. При фолликулярной форме гистологическая картина характеризовалась наличием фолликулярно-гиперкератотических образований, формирующих устье фолликулов, заполненных роговыми массами, выраженный акантоз, массивный инфильтрат в сосочковом слое дермы, невыраженный гипергранулез в зоне фолликула. При гипертрофической форме КПЛ отмечался выраженный гиперкератоз с массивными роговыми пробками, гипергранулез, акантоз, папилломатоз, массивный лимфогистиоцитарный инфильтрат на границе эпидермиса и дермы, экзоцитоз. В случае сочетания пигментной и гипертрофической форм дерматоза гистологическая картина соответствовала комбинации признаков: гиперкератоз с массивными роговыми пробками, гипергранулез, акантоз, папилломатоз, лимфогистиоцитарный инфильтрат в сосочковом слое дермы с большим количеством меланофагов, заполненных пигментом. Выявленные морфологические характеристики различных клинических форм КПЛ полностью согласуются с материалами руководства по общей и частной патогистологии кожи (Г.С.Цераидис и соавт., 2004) [17].

Выводы

1. В г. Минске в 2009-2010 гг среди пациентов с КПЛ преобладали женщины (63 %) в возрасте 50-60 лет (средний возраст - 51,7 лет), у мужчин наблюдалась склонность к возникновению дерматоза в более молодом возрасте (средний возраст - 45,2 лет).

2. В структуре заболеваемости превалировало изолированное поражение кожных покровов (66,7%) с наличием типичных папулезных высыпаний. У мужчин чаще диагностировалась веррукозная и фолликулярная формами КПЛ. Поражение слизистой оболочки полости рта в 75 % наблюдалось у женщин.

3. Лихеноидные высыпания по типу КПЛ у 1/3 больных были проявлением токсидермии, что следует учитывать при постановке диагноза и выборе рациональных схем лечения.

4. Наибольшая длительность заболевания наблюдалась у пациентов с веррукозной формой КПЛ и в случаях комбинации различных клинических форм, что отражает торпидный характер течения этих вариантов дерматоза и устойчивость к проводимой терапии.

5. Установлена сравнительно высокая частота ассоциации КПЛ с патологией со стороны органов ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, гинекологической сферы, что возможно имеет триггерное значение в развитие дерматоза.

6. Повышенное содержание липидов в сыворотке крови у пациентов с КПЛ по сравнению с контрольной группой требует более детального изучения с исключением всех факторов, влияющих на этот показатель. Тем не менее, возможность ассоциированного нарушения липидного обмена следует учитывать при ведении пациентов с КПЛ, особенно при наличии в анамнезе заболеваний сердечно-сосудистой системы.

7. Диагноз КПЛ может быть выставлен у большинства больных на основании клинических проявлений заболевания. Морфологический метод является одним из объективных дополнительных методов диагностики КПЛ и показан в случае атипичной клинической картины или дифференциальной диагностики с проявлениями токсидермии.

Литература

1. Довжанский С. И. Красный плоский лишай. Под ред. Сяно В.И. / С.И.Довжанский, Н.А.Слесаренко / - Саратов, 1990. - 175 с.
2. Carbone, M. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients./ M.Carbone, P.G.Arduino, M. Carrozzo et all. // Oral Dis., 2009;15:235-243.
3. Bermejo-Fenoll, A. A retrospective clinicopathological study of 550 patients with oral lichen planus in south-eastern Spain./ A. Bermejo-Fenoll, M. Sanchez-Siles, P.Lopez-Jornet, F.Camacho-Alonso, N.Salazar-Sanchez //J. Oral Pathol. Med., 2010;39:491-496 .

4. Irvine, C. Long-term follow-up of lichen planus. / C.Irvine, F. Irvine, R.H.Champion // Acta Derm. Venereol.,1991;71:242-244.
5. Walton, K.E., Childhood lichen planus: demographics of a U.S. population./K.E.Walton, E.V.Bowers, B.A.Drolet, K.E. Holland // Pediatr. Dermatol., 2010;27:34-38.
6. Лукьянов, А. М. Современная терапия больных красным плоским лишаем / А.М.Лукьянов, О.В.Артамонова // Рецепт. – 2007. - № 3. – С. 107-114.
7. Невозинская З. Современный взгляд на лечение красного плоского лишая / З.Невозинская, И.М.Корсунская // Клин. дерматол. и венерол.– 2007.- №5.– С.4-9.
8. Катина, М. А. Красный плоский лишай: особенности клинических форм заболевания и методы их лечения // Мед. Панорама. – 2010.-№1.- с. 33-42.
9. Yildirim, B. Prevalence of herpes simplex, Epstein Barr and human papilloma viruses in oral lichen planus. / B.Yildirim, B. Sengüven, C. Demir // Med. Oral Patol. Oral Cir Bucal., 2011, Mar.1; 16(2):e170- 4.
10. Wolf , K. [et al.] Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine//7th ed. P. 244-255.
11. Le Cleach, L. Clinical practice. Lichen planus. / L.Le Cleach, O.Chosidow // N. Engl. J. Med., 2012;366(8):723-732.
12. Бутов, Ю.С. Клиническая и патоморфологическая характеристика некоторых форм красного плоского лишая / Ю.С.Бутов, А.А.Фролов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2000. - № 6.- С. 11-18.
13. Sato, N.A. Lichen planus occurring after influenza vaccination: report of three cases and review of the literature./ N.A.Sato, Y.Kano, T.Shiohara //Dermatology, 2010; 221(4):296-9.
14. Agrawal, A. Lichen planus secondary to hepatitis B vaccination. / A. Agrawal, S.D. Shenoï // Indian J. Dermatol. Venereol Leprol., 2004 Jul-Aug; 70(4):234-5.
15. Бутарева, М. М. Красный плоский лишай, ассоциированный с вирусным гепатитом С, – особенности терапии. / М.М.Бутарева, М.Б.Жилова //Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - №1. – 105-107.
16. Nico, M.M. Oral lichen planus / M.M.Nico, J.D.Fernandes, S.V. Lourenço //An. Bras. Dermatol., 2011;86(4).
17. Цераидис Г.С. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. Первое издание. /Г.С.Цераидис, В.П.Федотов, А.Д.Дюдюн, В.А.Туманский/ - Днепропетровск – Харьков – Запорожье, 2004. – с. 213-219.