

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-58-64

УДК 616.31

ДИАГНОСТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА

Дрегалкина А. А., Борисенко Н. С., Толстых Д. В., Епишова А. А., Чернышева Н. Д., Плотников А. С.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

Аннотация

Предмет исследования — изучение особенностей диагностики и применения современных диагностических критериев красного плоского лишая полости рта.

Цель исследования — определить роль патоморфологической диагностики красного плоского лишая слизистой оболочки рта в постановке диагноза.

Методология. Исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии и на клинической базе кафедры патологической анатомии и судебной медицины в гистологической лаборатории отдела общей патологии Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). В основу исследования положены анализ данных клинического обследования 32 пациентов и изучение гистологических препаратов биопсийного материала.

Результаты. Для подтверждения диагноза пациентам с подозрением на красный плоский лишай была проведена хирургическая биопсия. Клиническая картина красного плоского лишая полости рта может совпадать с другими заболеваниями. Отмечается несоответствие предварительных клинических диагнозов с гистологическими заключениями. При использовании новых диагностических критериев Американской академии челюстно-лицевой патологии (ААОМР) выявлено, что не все гистологические образцы содержат в себе все патоморфологические признаки из диагностического перечня. В связи с этим остается открытым вопрос о надежности использования данных критериев в практике.

Выводы. Для точной диагностики и выбора корректной тактики лечения пациентов с красным плоским лишаем необходима комплексная оценка, совмещающая анализ клинической картины с результатами патоморфологического исследования. Патоморфологическое исследование является обязательным компонентом как на этапе первичной постановки диагноза, так и при последующем наблюдении за пациентом, особенно в случаях с подозрением на малигнизацию.

Ключевые слова: красный плоский лишай полости рта, плоский лишай, слизистая оболочка рта, патоморфология, диагностика

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Анна Александровна ДРЕГАЛКИНА ORCID ID 0009-0006-4901-1247

к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
drdreg7@mail.ru

Натали Сергеевна БОРИСЕНКО ORCID ID 0009-0006-0462-8825

студент стоматологического факультета, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
nbscorp31@gmail.com

Дмитрий Владимирович ТОЛСТЫХ ORCID ID 0009-0002-0441-6516

ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
stvdentmail@gmail.com

Анна Андреевна ЕПИШОВА ORCID ID 0000-0001-8449-077X

к.м.н., доцент, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
yepichova9@mail.ru

Нина Дмитриевна ЧЕРНЫШЕВА ORCID ID 0000-0001-7351-4502

к.м.н., доцент, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
ugma-zub@yandex.ru

Александр Сергеевич ПЛОТНИКОВ ORCID ID 0000-0001-7055-0284

к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
alexplotnikov96@list.ru

Адрес для переписки: Натали Сергеевна БОРИСЕНКО

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3

+7 (950) 551-17-00

nbscorp31@gmail.com

Образец цитирования:

Дрегалкина А. А., Борисенко Н. С., Толстых Д. В., Епишова А. А., Чернышева Н. Д., Плотников А. С.

ДИАГНОСТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА. Проблемы стоматологии. 2025; 4: 58-64.

© Дрегалкина А. А. и др., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-58-64

Поступила 18.11.2025. Принята к печати 12.12.2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-58-64

DIAGNOSIS OF ORAL LICHEN PLANUS**Dregalkina A.A., Borisenko N.S., Tolstykh D.V., Epishova A.A., Chernysheva N.D., Plotnikov A.S.***Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia***Abstract****The subject** of the research is a study of the diagnostic features of oral lichen planus and the application of diagnostic criteria.**The aim** of the research is to determine the role of pathomorphological diagnostics of oral lichen planus in making a diagnosis.**Methodology.** The study was conducted at the Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Diseases, the Department of Surgical Dentistry, Otolaryngology, and Maxillofacial Surgery, as well as at the clinical site of the Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine in the histology laboratory of the General Pathology Department of the Central Research Laboratory of the Ural State Medical University (Yekaterinburg). The study was based on an analysis of clinical examination data from 32 patients and a study of histological specimens from biopsy specimens.**Results.** Surgical biopsy of patients with suspected oral lichen planus revealed discrepancies between clinical and histological diagnoses. As the clinical presentation of oral lichen planus often overlaps with other diseases, and applying the new American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology criteria showed that not all specimens contained all required pathological features, the reliability of these criteria in practice remains uncertain.**Conclusion.** A comprehensive approach combining clinical and histopathological analysis is crucial for diagnosing and managing lichen planus. This is mandatory not only for initial diagnosis but also for patient monitoring, particularly in cases of suspected malignancy.**Keywords:** *oral lichen planus, lichen planus, oral mucosa, pathomorphology, diagnostics***The authors declare no conflict of interest****Anna A. DREGALKINA** ORCID ID 0009-0006-4901-1247*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of surgical dentistry, otolaryngology and maxillofacial surgery, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
drdreg7@mail.ru***Natali S. BORISENKO** ORCID ID 0009-0006-0462-8825*Student of the Dental Faculty, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
nbscorp31@gmail.com***Dmitriy V. TOLSTYKH** ORCID ID 0009-0002-0441-6516*Assistant, Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
stvdentmail@gmail.com***Anna A. EPISHOVA** ORCID ID 0000-0001-8449-077X*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
yepichova9@mail.ru***Nina D. CHERNYSHEVA** ORCID ID 0000-0001-7351-4502*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propaedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
ugma-zub@yandex.ru***Alexander S. PLOTNIKOV** ORCID ID 0000-0001-7055-0284*PhD in Medical Sciences, Assistant of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
alexplotnikov96@list.ru***Correspondence address: Natali S. BORISENKO***3 Repina st., Ekaterinburg, 620028, Russia
+7 (950) 551-17-00
nbscorp31@gmail.com***For citation:***Dregalkina A.A., Borisenko N.S., Tolstykh D.V., Epishova A.A., Chernysheva N.D., Plotnikov A.S.
DIAGNOSIS OF ORAL LICHEN PLANUS. Actual problems in dentistry. 2025; 43: 58-64. (In Russ.)
© Dregalkina A.A. et al., 2025
DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-58-64*

Received 18.11.2025. Accepted 12.12.2025

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) — аутоиммунное Т-опосредованное хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением кожи, волос, ногтей, полости рта и других слизистых оболочек [1]. КПЛ чаще всего возникает у лиц среднего возраста и наиболее распространен среди женщин. Заболевание редко встречается у детей. Распространенность КПЛ выше среди взрослого населения старше 40–50 лет [2].

Этиология КПЛ до конца не изучена. Известно, что лекарственные препараты, хронические заболевания или метаболические нарушения могут быть провоцирующими факторами. Возможными причинами обострения заболевания являются стоматологические процедуры: удаление зубов, имплантация, агрессивное проведение профессиональной гигиены полости рта. Утяжеляют течение некачественные реставрации зубов или протезы; вредные привычки, такие как бездымный табак или сигареты. Воспалительные механизмы развития заболевания включают в себя специфические (цитотоксическое действие CD8+ лимфоцитов) и неспецифические (металлопротеиназ) звенья. Развитие данных патологических процессов приводит к накоплению Т-лимфоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки, повреждение базальной мембраны, внутриэпителиальная миграция Т-клеток и апоптоз кератиноцитов [4]. Возникновение аутоиммунного ответа может происходить при наличии генетической предрасположенности или при воздействии химических веществ [5]. Определенную роль в возникновении КПЛ играют и возрастные изменения слизистой (истончение и снижение эластичности слизистой оболочки, уменьшение выделения слюны) [6, 7].

Проблема диагностики КПЛ слизистой оболочки полости рта связана с многообразием его клинических проявлений даже внутри одной формы, рефрактерного течения и рецидивирующего характера [1]. Особен-

ностью поражения слизистой оболочки полости рта, является отсутствие в ряде случаев поражения кожи, выявление которых могло способствовать постановке диагноза [8]. Клинические проявления могут варьироваться от бессимптомного течения (при типичной форме) до выраженных ощущений жжения, боли, а также кровоточивости слизистой оболочки рта при приеме пищи и чистке зубов.

В затруднительных случаях диагностика заболевания осуществляется путем сопоставления основных и дополнительных клинических проявлений КПЛ и морфологических признаков, полученных при гистологическом изучении биоптатов слизистой оболочки [9]. Трудности при диагностике могут возникнуть при экссудативно-гиперемической форме заболевания, когда яркое покраснение и отек скрывают от глаз типичные папулы КПЛ. Особой настороженности требует эрозивно-язвенная форма заболевания с локализацией процесса в зонах повышенного риска развития рака слизистой рта (нижняя губа, боковая поверхность языка, дно полости рта) [10]. Отсутствие положительной динамики при проведении терапии эрозивно-язвенной и гиперкератотической форм заболевания также требует морфологического исследования, в связи с риском развития дисплазии.

Критерии диагностики красного плоского лишая претерпевали изменения в течение длительного времени. На данный момент времени существуют критерии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1978), которые включали в себя и клинические, и гистопатологические признаки. В 2003 году были предложены модифицированные критерии ВОЗ. В 2016 году были опубликованы диагностические критерии Американской Академии патологии полости рта и челюстно-лицевой области (AAOMP) (табл. 1) [11].

Таблица 1

Диагностические критерии красного плоского лишая полости рта
Table 1. Diagnostic criteria of oral lichen planus by AAOMP

Клинический критерий	Патоморфологический критерий
<i>American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, 2016</i>	
1. Мультифокальное симметричное распределение поражений: <ul style="list-style-type: none"> • белые и красные поражения, проявляющие одну или несколько из следующих форм: • ретикулярные/папулезные • атрофические (эритематозные) • эрозивные (язвенные) • бляшки • буллезная форма 	<ul style="list-style-type: none"> • полосчатый или пятнистый, преимущественно лимфоцитарный инфильтрат в собственной пластинке, ограниченный границей слоя эпителий - собственная пластинка; • колликативная дегенерация базальных клеток (гидропическая) • лимфоцитарный экзоцитоз • отсутствие дисплазии эпителия • отсутствие бородавчатых изменений структуры эпителия.
2. Поражения без четкой локализации: <ul style="list-style-type: none"> • поражения в полости рта в местах использования бездымного табака • поражения от зубных протезов и в зоне прилегания протеза 	
3. Начало поражения не коррелирует с: <ul style="list-style-type: none"> • началом приема лекарств • употреблением продуктов, содержащих корицу. 	

При создании диагностических критериев ААОМР авторы использовали наиболее частые патоморфологические признаки, которые встречались в их гистологических образцах. Однако после введения диагностических критериев ААОМР их обоснованность не была подтверждена серьезными рандомизированными исследованиями, а также они не были приняты ВОЗ. Сопоставление клинических и морфологических признаков при различных формах КПЛ позволит с точностью диагностировать проявление КПЛ слизистой оболочки рта [12].

Цель работы — определить роль патоморфологической диагностики красного плоского лишая, а также оценить воспроизводимость гистологических диагнозов красного плоского лишая при применении диагностических критериев ААОМР.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии и на клинической базе кафедры патологической анатомии и судебной медицины в гистологической лаборатории отдела общей патологии Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург).

В основу исследования положен анализ данных клинического обследования 32 пациентов с подозрением на красный плоский лишай слизистой оболочки рта, обратившихся с целью консультации. Пациенты также подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

Клинические методы исследования включали сбор и анализ жалоб, данных анамнеза. Пациентам проведено комплексное определение стоматологического статуса. Осмотр полости рта проводили при помощи стандартного набора инструментов.

Пациентам с целью уточнения диагноза, а также исключения малигнизации была проведена инцизионная хирургическая биопсия измененных участков слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием. Иссекался участок измененной слизистой оболочки размером до 0,5 см на границе с видимо здоровой слизистой при помощи хирургического скальпеля или диодного лазера Epic 10 (Biolase, США).

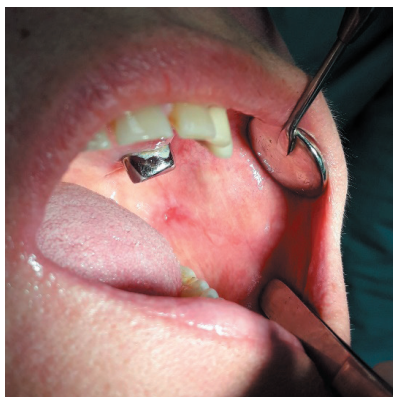
Биоптаты были фиксированы в растворе 10 % нейтрального забуференного формалина. Проводка осуществлялась ручным методом по серии изопропиловых спиртов возрастающей концентрации согласно стандартной методике для биопсийного материала. На этапе заливки фрагменты ткани были ориентированы в парафиновом блоке таким образом, чтобы срез проходил через всю слизистую оболочку биоптата. Микротомирование было осуществлено на ротационном микротоме Leica HistoCore BIOCUT, толщина срезов составила 4 мкм. Срезы были окрашены гематоксилином и эозином ручным способом.

Гистологические препараты были изучены с использованием светового микроскопа Olympus CX31 («Olympus», Япония). Проведено сканирование с использованием слайдового сканера Leica Aperio CS2 («Leica Biosystems», Германия) и программного обеспечения Aperio ImageScope («Leica Biosystems», Германия) версии 12.3.3.

Результаты и их обсуждение

По результатам клинического обследования за период 2020–2025 гг. диагноз КПЛ был установлен 291 пациенту в возрасте от 26 до 72 лет. Из них 267 женщин и 24 мужчины (92 % и 8 % соответственно).

Во время обследования полости рта были обнаружены различные клинические проявления, на основании чего выделены клинические формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Типичная форма выявлена у 62 пациентов (21 %), экссудативно-гиперемическая форма у 96 пациентов, что составило 33 %, эрозивно-язвенная форма встретилась в 84 случаях (29 %), гипер-



А/А



Б/В

Рис. 1. Красный плоский лишай слизистой щеки: А. Эрозивное поражение слизистой оболочки щеки. Б. Экссудативно-гиперемическая форма: белые папулы, сливающиеся в линии и другие образования неправильной формы на слизистой оболочке щеки

Fig. 1. Oral lichen planus of mucous membrane of the cheek: A. Erosive lesion of the mucous membrane of the cheek. B. Exudative-hyperemic form: white papules merging into lines and other irregularly shaped formations on the mucous membrane of the cheek

кератотическая форма определена у 38 пациентов, что составило 13 %, буллезная у 7 и атипичная у 4 пациентов, что составило 2 % и 1 % соответственно. Основные клинические проявления КПЛ представлены на рис. 1.

Для уточнения диагноза пациенты были направлены на хирургическую биопсию. С целью морфологического верифицирования диагноза и исключения малигнизации 32 пациента с подозрением на красный плоский лишай слизистой рта направлены на инцизионную хирургическую биопсию пораженного участка слизистой оболочки рта, что составило 11 % от общего числа обследованных. Хирургическая биопсия проводилась под инфильтрационной анестезией Sol.Atricaini 4 % с эпинефрином 1:100000 или 1:200000, 0,5–1,0 мл; Иссекался участок измененной слизистой оболочки размером до 0,5 см на границе с видимо здоровой слизистой при помощи хирургического скальпеля или диодного лазера Epic 10 (Biolase, США).

Из 32 случаев (100 %) локализацией взятия для исследования измененной слизистой оболочки полости рта являются слизистая языка (36,36 %), щеки (21,21 %), дна полости рта (21,21 %), твердого неба (6,06 %), альвеолярного отростка (15,15 %). В процессе гистологического исследования уточнялся диагноз, характер поражения и оценивалось наличие дисплазии или малигнизации. В 23 случаях (71,88 %) анализ патоморфологических признаков позволил выделить характерные изменения при красном плоском лишае. Эти случаи были отмечены врачом-патоморфологом заключением «наиболее соответствует поражению слизистой полости рта при красном плоском лишае».

При анализе гистологических заключений выявлены следующие типичные признаки красного плоского лишая: фрагменты слизистой выстланы многослойным плоским эпителием с выраженным акантозом и гиперкератозом (за счет паракератоза), спонгиозом. Акантотические тяжи имеют «зубчатый» ход. В строме определяется плотный полосовидный лимфоцитарный инфильтрат с крупными фокусами проникновения в покровный эпителий. В толще эпителия определяются единичные округлые ярко оксифильные гомогенные включения (тельца Сиватта).

На рисунках 2–4 представлены основные патоморфологические признаки красного плоского лишая, обнаруженные в исследуемой группе пациентов.

Патоморфологические данные, полученные в изученных образцах, представлены в таблице 2. Признаки указаны согласно гистологическим описаниям.

Анализ полученных данных позволил определить, что среди гистологических образцов лишь 7 (30,43 %) случаев соответствуют критериям ААОМР. С такими же расхождениями столкнулись зарубежные авторы *Мутафчиева Н. З. и Ташкова Д. А. (2025)* в своем исследовании. Их данные показали, что только в 6 случаях (17,6 %) признаки соответствуют всем патоморфологическим критериям ААОМР. Авторы поставили под вопрос надежность использования данных критериев в практической деятельности. Причиной этого является строгое

Таблица 2

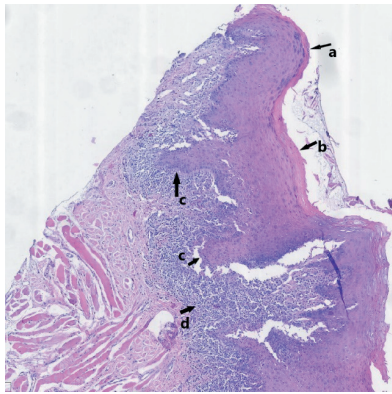
Гистологические признаки, встречающиеся в образцах
Table 2. Histological features found in the cases

<i>Патоморфологические признаки</i>		
<i>Признаки</i>	<i>% встречаемости</i>	<i>Количество (n)</i>
Гиперкератоз	86,96 %	20
Акантоз	39,13 %	9
Папилломатоз	21,74 %	5
Гранулез	42,83 %	11
Эпидермо-дермальная отслойка	8,69 %	2
Лимфоцитарный экзоцитоз	30,43 %	7
Тельца Сиватта	34,78 %	8
Гидропическая дегенерация базальных клеток	39,13 %	9
Отсутствие дисплазии эпителия	100 %	23
Отсутствие бородавчатых изменений структуры эпителия	100 %	23
Воспалительный инфильтрат	100 %	23
Полосовидный лимфоцитарный инфильтрат, ограниченный только границей эпителия и собственной пластинки	43,48 %	10
Плотный лимфоцитарный инфильтрат	56,52 %	13

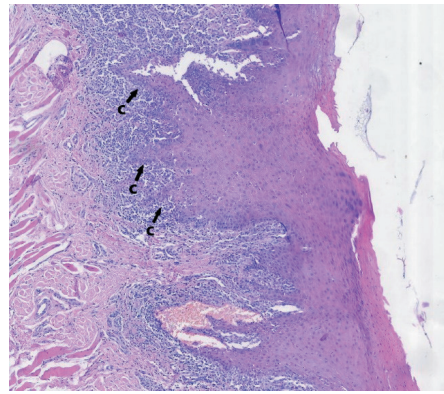
соблюдение рекомендаций ААОМР, которое исключало большое количество случаев красного плоского лишая. Образцы КПЛ, демонстрирующие типичные признаки заболевания, легко диагностируются. Однако в случаях, охватывающих часть диагностических критериев, диагноз ставится на основании субъективного суждения патоморфолога. Сложность диагностики возникает из-за того, что большинство перечисленных гистологических признаков не являются специфичными для КПЛ, и могут встречаться также при других заболеваниях [13].

В других гистологических наблюдениях были выявлены расхождения с клиническим диагнозом. По данным патоморфологических заключений в 5 случаях (15,62 %) выявлено, что гистологические признаки наиболее характерны «хроническому мукозиту». В исследуемых материалах видны фрагменты слизистой, покрытые многослойным плоским ороговевающим эпителием с гиперкератозом и гранулезом, подлежащая рыхлая соединительная ткань с очаговой незначительной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией. Полосовидный инфильтрат не определялся. Отмечается, что подобная морфологическая картина характерна для клинического диагноза «лейкоплакия», поэтому требуется учет клинико-анамнестических данных.

При выявлении гиперкератотической формы красного плоского лишая клиницисты могут дифференцировать патологию с гиперкератозом слизистой полости рта. В 4 случаях (12,5 %) при подозрении на красный плоский лишай выявлен окончательный диагноз «гиперкератоз».



A/A



B/B

Рис. 2. Красный плоский лишай языка (А, Б). Окраска гематоксилином и эозином.
a — гиперкератоз; b — паракератоз; c — акантоз — «пилообразное» увеличение эпителиальных сосочков, утолщение эпителия; d — лимфоцитарная инфильтрация

Fig. 2. Red lichen planus of the tongue (a, b). Hematoxylin and eosin staining
a — hyperkeratosis; b — parakeratosis; c — sawtooth epithelial rete ridges; d — lymphocytic infiltrate

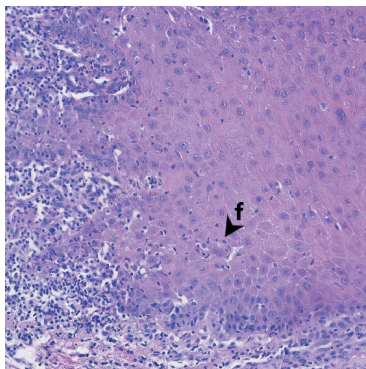


Рис. 3. Красный плоский лишай языка. Окраска гематоксилином и эозином. f — лимфоцитарный экзоцитоз

Fig. 3. Red lichen planus of the tongue. Hematoxylin and eosin staining. f — lymphocytic exocytosis

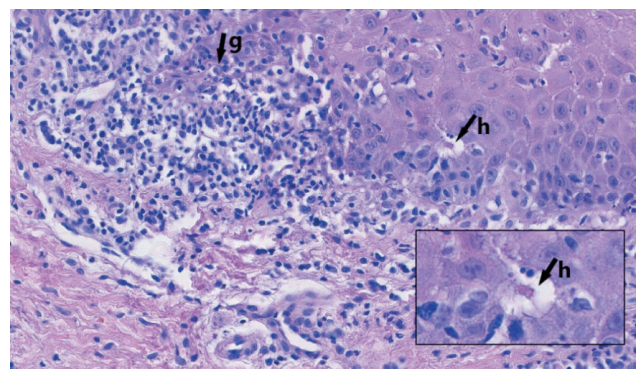


Рис. 4. Красный плоский лишай языка. Окраска гематоксилином и эозином. g — колликативная дегенерация базального слоя; h — тельца Сиватта

Fig. 4. Red lichen planus of the tongue. Hematoxylin and eosin staining.
g — basal cell liquefactive degeneration; h — Civatte bodies

В исследуемых фрагментах определяется слизистая, покрытая многослойным плоским эпителием с роговыми чешуйками на поверхности. Строма без воспалительных изменений. Признаки дисплазии в объеме исследованного материала отсутствовали. По данному гистологическому описанию, клиницисту нельзя установить клинический диагноз «красный плоский лишай».

Гистологическое исследование служит стандартом диагностики для исключения предраковых состояний и дифференцировки диагноза. У пациентов с подозрением на красный плоский лишай слизистой оболочки рта также следует брать биопсию с целью подтверждения диагноза и отслеживания динамики заболевания. Требуются дальнейшие исследования для оценки пригодности диагностических критериев ААОМР.

Заключение

Красный плоский лишай полости рта имеет разнообразные клинические проявления, зачастую схожие с другими заболеваниями слизистой оболочки полости

рта. Заболевание распространено у лиц женского пола старше 40 лет. Наиболее часто в клинической практике встречается экссудативно-гиперемическая форма красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Среди патоморфологических признаков чаще встречаются гиперкератоз, наличие плотного лимфоцитарного или полосовидного инфильтрата. Патоморфологическое исследование является важным этапом диагностики для постановки клинического диагноза красного плоского лишая слизистой оболочки рта. Однако в настоящее время существуют расхождения в различных диагностических критериях. Несмотря на расширенные критерии ААОМР, их строгость соблюдения может лишить большинство исследований точного гистологического диагноза. Следует проводить дальнейшие исследования с целью валидности данного диагностического критерия.

Постановка точного диагноза, верный выбор метода диагностики пациентов с красным плоским лишаем возможна только при совокупной оценке и сопоставлении

клинических проявлений с данными патоморфологического исследования, которое должно являться неотъемлемой частью как при первичной диагностике красного

плоского лишая, так и при исследовании пациентов в динамике, а также при подозрении на малигнизацию.

Литература/References

1. Gururaj N., Hasinidevi P., Janani V., Divynadaniel T. Diagnosis and management of oral lichen planus — Review. *Journal of oral and maxillofacial pathology*. 2021;25(3):383–393. https://doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_386_21
2. Григорьев С. С., Ронь Г. И., Епишова А. А. Гиперкератозы слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, лейкоплакия). Екатеринбург: Тираж; 2019. 37 с. [Grigoriev S. S., Ron' G. I., Epishova A. A. Hyperkeratoses of the Oral Mucosa (Lichen Planus, Leukoplakia). Ekaterinburg: Tirazh; 2019. 37 p. (In Russ.)]. https://doi.org/10.18481/textbook_5d8c980a88a414.80041985
3. Erthal A., Lourenço S. V., Nico M. M. S. Oral lichen planus: case series and experience in a tertiary dermatology service in Brazil. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2023;98(4):493–497. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.06.005>
4. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Бабиченко И. И. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта — клиника, диагностика и лечение. Москва: Российская академия наук; 2018. 80 с. [Rabinovich O. F., Rabinovich I. M., Babichenko I. I. Oral Lichen Planus: Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. Moscow: Russian Academy of Sciences; 2018. 80 p. (In Russ.)]. <https://new.ras.ru/work/publishing/monographs/krasnyy-ploskiy-lishay-sлизистой-оболочки-rta-klinika-diagnostika-i-lechenie>
5. Li C., Tang X., Zheng X., Ge S., Wen H., Lin X. et al. Global Prevalence and Incidence Estimates of Oral Lichen Planus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA dermatology*. 2020;156(2):172–181. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.3797>
6. Грабовская О. В., Каюмова Л. Н., Никулина А. С., Дамдинова Б. Ш., Шахманова С. И. Проблема диагностики красного плоского лишая при поражении слизистой оболочки полости рта. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022;25(3):229–238. [Grabovskaya O. V., Kayumova L. N., Nikulina A. S., Damdinova B. S., Shakhmanova S. I. Problems of diagnostics of oral lichen planus. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2022;25(3):229–238. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/dv109678>
7. Hansen B. T., Payne J. B., Samson K. K., Giannini P. J. Assessing the Agreement of Light Microscopic Evaluation of Oral Lichen Planus Lesions With Associated Direct Immunofluorescence Evaluation. *Clinical pathology*. 2023;16:2632010X231197111. <https://doi.org/10.1177/2632010X231197111>
8. Gruda Y., Albrecht M., Buckova M., Haim D., Lauer G., Koch E. et al. Characteristics of Clinically Classified Oral Lichen Planus in Optical Coherence Tomography: A Descriptive Case-Series Study. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(16):2642. <https://doi.org/doi:10.3390/diagnostics13162642>
9. Mathur M., Jha A., Thakur N., Das G., Shah S., Jaiswal S. et al. Clinicopathological Correlation in Patients with Oral Lichen Planus. *Journal of Dental Pathology and Medicine*. 2023;7(3):154. <https://www.omicsonline.org/open-access/clinicopathological-correlation-in-patients-with-oral-lichen-planus-125322.html#citation-btn>
10. Акмалова Г. М., Чуйкин С. В., Чернышева Н. Д., Бикмурзин В. П. Современные аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта. *Проблемы стоматологии*. 2021;17(1):44–50. [Akmalova G. M., Chuikin S. V., Chernysheva N. D., Bikmurzin V. P. Modern aspects of the pathogenesis of lichen planus of the oral mucosa. *Actual problems in dentistry*. 2021;17(1):44–50. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18481/2077-7566-20-17-1-44-50>
11. Rotaru D. I., Sofineti D., Bolboacă S. D., Bulboacă A. E. Diagnostic Criteria of Oral Lichen Planus: A Narrative Review. *Acta clinica Croatica*. 2020;59(3):513–522. <https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.03.16>
12. Cheng Y. S., Gould A., Kurago Z., Fantasia J., Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2016;122(3):332–354. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.05.004>
13. Mutaftchieva M. Z., Tashkova D. A. Discrepancy in the Histological Diagnoses of Oral Lichen Planus Based on WHO Criteria Versus the Newly Proposed Diagnostic Set of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*. 2025;15(5):558. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15050558>