

DOI: 10.37988/1811-153X_2026_2_60

[И.Н. Усманова](#)¹,д.м.н., профессор кафедры
терапевтической стоматологии[И.А. Лакман](#)²,к.т.н., доцент кафедры биомедицинской
инженерии, зав. лабораторией исследования
социально-экономических проблем регионов[О.А. Гурьевская](#)^{3,4},к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
ДПО; стоматолог-терапевт[И.А. Галимова](#)¹,к.м.н., ассистент кафедры терапевтической
стоматологии[В.И. Котов](#)⁵,старший преподаватель кафедры стомато-
логии послепрофессионального образования[Б.М. Щербаков](#)⁶,

ассистент кафедры стоматологии

[М.В. Софронов](#)⁶,

к.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии

[Р.А. Храмов](#)⁷,студент III курса Института клинической
медицины[Ю.Л. Васильев](#)^{7,8},д.м.н., профессор кафедры оперативной
хирургии и топографической анатомии;
профессор базовой кафедры «Инженерии
клеточных систем»¹ БашГМУ, 450008, Уфа, Россия² Уфимский университет науки
и технологий, 450076, Уфа, Россия³ ОмГМУ, 644099, Омск, Россия⁴ Стоматологическая клиника «Элита»,
644012, Омск, Россия⁵ Медицинский университет «РЕАВИЗ»,
443001, Самара, Россия⁶ Московский медицинский университет
«РЕАВИЗ», 117418, Москва, Россия⁷ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
119048, Москва, Россия⁸ РТУ МИРЭА, 119454, Москва, Россия

Особенности диагностического подхода частоты встречаемости эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта на основании критериев модифицированной схемы-топограммы с топографическим кодом

Реферат. Использование клинико-диагностических критериев схемы-топограммы позволяет всесторонне провести клиническую диагностику типичной, эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая (КПЛ) слизистой оболочки рта (СОР). **Цель исследования** — определить роль схемы топограммы с 61 зоной в объективизации частоты локализации элементов, свойственных типичной и эрозивно-язвенной формам КПЛ СОР. **Материалы и методы.** В исследовании проанализированы данные двухцентрового исследования 111 пациентов с типичной и эрозивно-язвенной формой КПЛ СОР. В качестве статистических тестов использовались многомерный дисперсионный анализ, а также корреляция и линейная регрессия. **Результаты.** Наиболее часто при эрозивно-язвенной форме КПЛ поражается слизистая оболочка щек — 79% случаев, затем следуют слизистая оболочка углов рта (12%), дорсальная и/или боковая поверхности языка (10% случаев). При типичной форме слизистая щек поражается в 72% случаев, дорсальная поверхность языка в 28% случаев ($p < 0,05$). У 61 (55%) пациента, 7 мужчин и 54 женщин, наиболее часто локализация эрозивно-язвенных элементов превалировала на слизистой оболочке щек и ретромолярной области (ТК ВОЗ: коды 19, 20, 55, 56), у 14 (12,6%) пациентов (3 мужчин и 11 женщин) локализация затрагивала дорсальную и/или боковую поверхности языка ($p < 0,05$). **Выводы.** Использование схемы-топограммы слизистой оболочки рта и красной каймы губ с 61 топографическим кодом в виде цветовой кодировки является важным критерием для объективизации локализации на слизистой оболочке рта папулезных, эрозивных, язвенных, эритематозных элементов, проявляющихся различной клинической симптоматикой, склонностью к рецидивированию и озлокачествлению, служит основой для разработки персонализированных рекомендаций по лечению и динамическому наблюдению данной категории лиц.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка рта, схема-топограмма, диагностика, персонафикация

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Усманова И.Н., Лакман И.А., Гурьевская О.А., Галимова И.А., Котов В.И., Щербаков Б.М., Софронов М.В., Храмов Р.А., Васильев Ю.Л. Особенности диагностического подхода частоты встречаемости эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта на основании критериев модифицированной схемы-топограммы с топографическим кодом. — *Клиническая стоматология*. — 2026; 29 (2): 60—65. DOI: 10.37988/1811-153X_2026_2_60

[I.N. Usmanova](#)¹,Doctor of Science in Medicine, professor
of the Therapeutic dentistry and Department[I.A. Lakman](#)²,PhD in Engineering, assistant professor
of the Biomedical engineering Department,
head of the Scientific Lab for the study
of socio-economic problems of regions[O.A. Gurievskaya](#)^{3,4},PhD in Medical Sciences, assistant professor
of the Dentistry Department; dental therapist

Features of the diagnostic approach to the prevalence of the erosive-ulcerative form of oral lichen planus based on the criteria of a modified scheme-topogram with topographic coding

Abstract. The use of clinical diagnostic criteria based on a scheme-topogram allows for a comprehensive clinical assessment of both the typical and the erosive-ulcerative forms of oral lichen planus (OLP). **The goal of the study** was to determine the role of a 61-zone topogram in objectifying the localization frequency of lesions characteristic of the typical and erosive-ulcerative forms of OLP. **Materials and methods.** The study analyzed data from a two-center trial involving

[I.A. Galimova](#)¹,

PhD in Medical Sciences, assistant professor
of the Therapeutic dentistry Department

[V.I. Kotov](#)⁵,

senior lecturer of the Postgraduate education
in dentistry Department

[B.M. Shcherbakov](#)⁶,

assistant at the Dentistry Department

[M.V. Sofronov](#)⁶,

PhD in Medical Sciences, associate professor
and head of the Dentistry Department

[R. A. Khramov](#)⁷,

3rd year student of the Institute of Clinical
Medicine

[Yu.L. Vasil'ev](#)^{7,8},

Doctor of Science in Medicine, professor
of the Operative surgery and topographic
anatomy Department; professor of the basic
Department of engineering of cellular systems

¹ Bashkir State Medical University,
450008, Ufa, Russia

² Ufa University of Science and Technology,
450076, Ufa, Russia

³ Omsk State Medical University,
644099, Omsk, Russia

⁴ Dental clinic "Elite", 644012, Omsk, Russia

⁵ Medical University "REAVIZ",
443001, Samara, Russia

⁶ Moscow Medical University "REAVIZ",
117418, Moscow, Russia

⁷ Sechenov University,
119048, Moscow, Russia

⁸ MIREA — Russian Technological
University, 119454, Moscow, Russia

111 patients diagnosed with the typical and erosive-ulcerative form of the oral lichen planus. Multivariate analysis of variance (MANOVA), correlation analysis, and linear regression were used as statistical tests. **Results.** In the erosive-ulcerative form of LP, the buccal mucosa was most frequently affected (79% of cases), followed by the mucosa of the mouth corners (12%), and the dorsal and/or lateral surfaces of the tongue (10%). In the typical form, the buccal mucosa was involved in 72% of cases, and the dorsal tongue surface in 28% ($p < 0.05$). Among 61 patients (55%) — 7 men and 54 women — erosive-ulcerative lesions predominated on the buccal mucosa and retromolar area (WHO topographic codes 19, 20, 55, 56), In 14 patients (12.6%) — 3 men and 11 women — lesions involved the dorsal and/or lateral surfaces of the tongue ($p < 0.05$). **Conclusion.** Using a 61-topographic-code color-coded scheme-topogram of the oral mucosa and vermillion border of the lips is an important criterion for objectifying the localization of papular, erosive, ulcerative, and erythematous lesions; these lesions present with variable clinical symptoms, a tendency to recur, and potential for malignant transformation. The scheme serves as a foundation for developing personalized treatment recommendations and follow-up strategies for this patient group.

Key words: lichen planus, oral mucosa, scheme-topogram, diagnosis, personalization

FOR CITATION:

Usmanova I.N., Lakman I.A., Gurievskaya O.A., Galimova I.A., Kotov V.I., Shcherbakov B.M., Sofronov M.V., A. Khramov R., Vasil'ev Yu.L. Features of the diagnostic approach to the prevalence of the erosive-ulcerative form of oral lichen planus based on the criteria of a modified scheme-topogram with topographic coding. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2026; 29 (2): 60—65 (In Russian). DOI: 10.37988/1811-153X_2026_2_60

ВВЕДЕНИЕ

Проявления кожно-слизистой дерматоза представляет собой хроническое воспалительное заболевание неясной этиологии, которое проявляется на слизистой оболочке рта и красной каймы губ, коже, сопровождающееся образованием папулезных, эрозивно-язвенных, эритематозных, бляшечных или буллезных элементов поражения, склонных к полиморфизму и рецидивности [1—4].

Частота встречаемости данной патологии в популяции варьирует от 0,5 до 1,0% случаев, при этом наблюдаются заметные географические различия распространения ($p < 0,001$): самая высокая распространенность выявлена в Европе — 1,43% случаев, в Индии самая низкая — 0,49% случаев [5].

Среди молодых жителей Российской Федерации 18 лет и старше распространенность красного плоского лишая (КПЛ) составляет 12,7% случаев на 100 000 населения, чаще клинические проявления наблюдается у лиц в возрасте от 30 до 60 лет. Согласно данным М.А. Gonzalez-Moles и соавт. (2021), наблюдается рост проявлений КПЛ в полости рта начиная с возраста

старше 40 лет ($p < 0,001$) [5]. Отмечается также превалирование встречаемости КПЛ у лиц женского пола: гендерный профиль от 1,5:1 до 2:1 [6, 7].

Согласно данным М. Carrozzo и соавт. (2019) и Gonzalez-Moles M.A. и соавт. (2021) проявления КПЛ на слизистой оболочке рта могут наблюдаться изолированно с частотой в 25,6—35% случаев, а также на слизистой и кожных покровах [2, 5].

Диагностические мероприятия при локализации патологического процесса на слизистой оболочке рта чаще всего основывается на сочетании классических клинических объективных признаков и дополнительных критериев в виде использования модифицированной схемы-топограммы по кодам, которая позволяет точно определить форму патологии (типичная, эрозивно-язвенная) и локализацию патологических элементов на слизистой оболочке рта [1, 8—10]. Такой подход позволяет провести четкую стратификацию пациентов в зависимости от клинического течения заболевания, что и обусловило актуальность и цель нашего исследования.

Цель исследования — объективизация частоты локализации патологических элементов свойственных

для типичной и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая слизистой оболочки рта на основании использования модифицированной схемы-топограммы с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Двухцентровое проспективное обсервационное неконтролируемое исследование основано на анализе данных 111 пациентов (20 мужчин и 91 женщина) в возрасте 31–60 лет с типичной и эрозивно-язвенной формой КПЛ СО, полученных в двух дерматовенерологических центрах Уфы и Омска.

При комплексном клиническом обследовании учитывалась двусторонняя, симметричная локализация зоны гиперемии, сетки Уитхема, эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке щеки (ретромолярная область), углов рта, дорсальной и боковой поверхности языка.

Клинические методы включали сбор и анализ жалоб, данных анамнеза, оценку состояния стоматологического статуса. Для объективизации локализации морфологических элементов на слизистой оболочке рта у пациентов с типичной и эрозивно-язвенной формами КПЛ нами использовалась модифицированная схема-топограмма с цветовым и цифровым кодированием топографической зоны, что позволило количественно оценить площадь поражения на основании кодирования зон (от 1 до 61), тип элемента (папула, эрозия или язва), подтвердить форму плоского лишая на слизистой оболочке рта [9, 11]. Результаты комплексного обследования фиксировали в истории болезни и диспансерной карте пациента.

На рисунке представлена схема дизайна проводимого исследования на каждом этапе.

При статистической обработке данных использовали частотный анализ и анализ ассоциаций. Сравнение

в распределении частот по каждой паре признаков проводили с использованием χ^2 -критерия Пирсона, в случае сравнения частот по нескольким признакам использовали многомерный χ^2 -тест. В случае если по определенному признаку частота была нулевая или принимала значение менее 5% выборки, то использовали в тестах поправку Йейтса. Нулевую гипотезу об отсутствии различий в частотах отклоняли при $p < 0,05$. Для анализа ассоциативных связей рассчитывали коэффициенты взаимной сопряженности Чупрова (K_{ch}), считали, что связь имеет место, если коэффициент превышал 0,4.

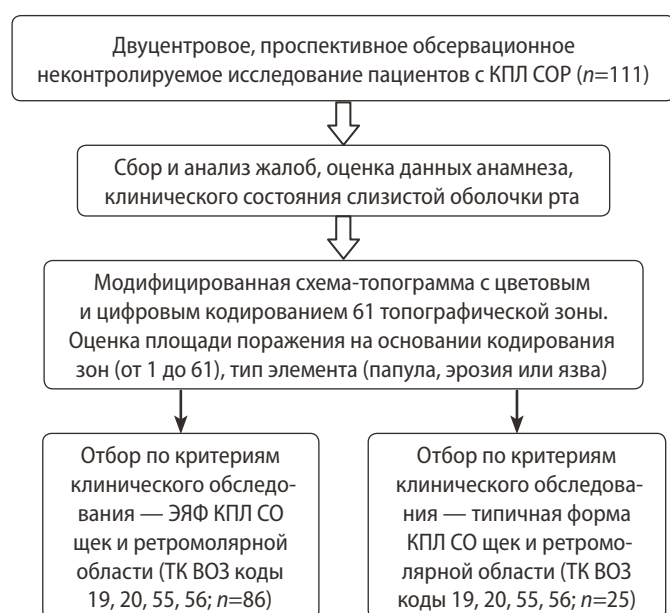
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов и в ретромолярной области наиболее часто поражается при эрозивно-язвенной форме плоского лишая 79% случаев, затем следуют слизистая оболочка углов рта (12%), дорсальная и/или боковая поверхности языка (10% случаев), так как у 1 из 86 пациентов встречалось поражение сразу в двух зонах. При типичной форме слизистая щек поражается в 72% случаев, дорсальная поверхность языка — в 28% случаев (табл. 1). Статистически значимые различия в частоте патологических элементов для типичной и эрозивно-язвенной форм КПЛ были выявлены на дорсальной поверхности языка ($p < 0,001$), причем разница рисков появления патологических элементов в данной зоне для эрозивно-язвенной и типичной форм составила $RD = 0,522$, для остальных зон значимых различий выявлено не было. При этом общий многомерный хи-квадрат тест Пирсона выявил значимые различия в распределении частоты встречаемости папул, эрозий и язв на разных топографических зонах слизистой оболочки рта в зависимости от формы КПЛ ($\chi^2 = 17,42$, $p = 0,002$).

В табл. 2 представлен анализ наиболее часто встречаемой локализации зон на слизистой оболочке рта ретикулярной сетки эрозивно-язвенных элементов в зависимости от гендерной принадлежности пациентов. Анализ полученных данных о различии локализации возникновения патологических элементов в определенной зоне слизистой оболочки рта в зависимости от пола при типичной форме КПЛ не зависит от пола ($p = 0,734$).

У женщин с эрозивно-язвенной формой КПЛ значимо чаще наблюдается двусторонняя симметричная локализация патологических элементов на слизистой оболочке щек (разница рисков составила $RD = 0,282$, $p < 0,01$), при этом у мужчин наблюдается значимо чаще двусторонняя локализация патологических элементов на слизистой оболочке ретромолярной области щек ($RD = 0,168$, $p < 0,01$) и боковой поверхности языка ($RD = 0,678$, $p < 0,01$).

Согласно проведенному многомерному χ^2 -тесту Пирсона наблюдаются значимые различия как у мужчин, так и у женщин в распределении частоты встречаемости локализации папул, эрозий и язв на разных топографических зонах слизистой оболочки рта по ТК ВОЗ, при эрозивно-язвенной форме КПЛ ($\chi^2 = 25,03$, $p < 0,001$), при типичной форме КПЛ такие различия выявлены не были ($\chi^2 = 0,116$, $p = 0,734$).



Согласно статистическому показателю — коэффициенту взаимной сопряженности Чупрова $K_{ch}=0,54$ была выявлена связь между полом пациента и распределением патологических элементов и их локализацией на слизистой оболочке рта у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ. Для типичной формы КПЛ такой связи выявлено не было (так как локализация для данной формы имела только два варианта, то вместо коэффициента Чупрова оценивался коэффициент ассоциации, составивший 0,14, что существенно ниже значения 0,5, свидетельствующего о наличии связи). На основании рассчитанного коэффициента взаимной сопряженности Чупрова $K_{ch}=0,41$ подтверждена связь между формами красного плоского лишая и локализацией патологических элементов на слизистой оболочке полости рта.

На основании полученных нами данных было показано, что чаще всего патологические элементы при КПЛ встречаются на слизистой оболочке щек, это согласуется с исследованием J.N.S. Netto и соавт. (2022), показавших, что при красном плоском лишае наиболее часто (в 71% случаев) поражалась слизистая щеки, в 45% случаев язык, при этом у лиц мужского пола чаще, чем у женщин поражается слизистая оболочка языка — 61 против 39% случаев ($p=0,004$) [12]. Данные полученные в нашем исследовании всецело приближены к данным J.N.S. Netto и соавт. При этом наблюдается значительное превалирование у женщин локализации типичной и эрозивно-язвенной форм КПЛ на слизистой оболочке щеки (ТК ВОЗ коды 19, 20 и 55, 56) в 16 и 59% случаев соответственно. У мужчин слизистая щеки поражена как при типичной, так и при эрозивно-язвенной форме в 30 и 55% случаев клинических наблюдений. По данным различных исследований лица женского пола, наиболее часто страдают от проявлений красного плоского лишая слизистой оболочки рта, по сравнению с лицами мужского пола, частота встречаемости варьирует от 61 до 80% случаев клинических наблюдений [13–16], полученные данные в нашем исследовании полностью согласуются с данными авторов.

В исследовании проведенном нами, выявлено, что у 61 (55%) пациентов, 7 мужчин и 54 женщин, локализация эрозивно-язвенных элементов превалировала на слизистой оболочке щек и ретромолярной области (ТК ВОЗ: коды 19, 20,

Таблица 1. Топография локализации патологических элементов на слизистой оболочке полости рта согласно схеме-топограмме в зависимости от формы красного плоского лишая

Table 1. Topography of pathological lesion localization on the oral mucosa according to the modified scheme-topogram, depending on the form of lichen planus

Топографическая зона	Типичная форма КПЛ (n=25)			Эрозивно-язвенная форма КПЛ (n=86)			RD	p
	абс.	%	EER	абс.	%	CER		
Слизистая оболочка щек ТК ВОЗ коды 19, 20	9	36	0,205	35	41	0,239	0,034	0,672
Слизистая оболочка щек (ретромолярная область) ТК ВОЗ коды 55, 56	9	36	0,214	33	38	0,232	0,018	0,830
Слизистая оболочка в области углов рта ТК ВОЗ коды 15, 60 и 16, 61	0	0	0	10	12	0,250	0,250	0,133
Слизистая оболочка дор- сальной поверхности языка ТК ВОЗ коды 39, 40	7	28	0,700	4	5	0,128	0,522	<0,001
Слизистая оболочка боко- вой поверхности языка ТК ВОЗ коды 44, 45	0	0	0	4	5	0,234	0,027	0,234

Примечание: EER — абсолютный риск основной группы, CER — абсолютный риск контрольной группы, RD — разница рисков.

Таблица 2. Локализации патологических элементов на слизистой оболочке полости рта согласно модифицированной схеме-топограмме в зависимости от пола

Table 2. Localization of pathological lesions on the oral mucosa according to the modified scheme-topogram, stratified by sex

Топографическая зона	Мужчины (n=20)			Женщины (n=91)			RD	p
	абс.	%	EER	абс.	%	CER		
Типичная форма КПЛ (n=25)								
Слизистая оболочка щек ТК ВОЗ коды 19, 20	6	60	0,375	10	67	0,444	0,069	0,734
Слизистая оболочка щек (ретромолярная область) ТК ВОЗ коды 55, 56	4	40	0,375	5	33	0,444		
Эрозивно-язвенная форма КПЛ (n=86)								
Слизистая оболочка щек ТК ВОЗ коды 19, 20	0	0	0	35	41	0,282	0,282	0,002
Слизистая оболочка щек (ретромолярная область) ТК ВОЗ коды 55, 56	7	70	0,212	26	29	0,044	0,168	0,009
Слизистая оболочка в об- ласти углов рта ТК ВОЗ коды 15, 60, 16, 61	0	0	0	11	12	0,111	0,111	0,529
Слизистая оболочка дорсальной поверхности языка ТК ВОЗ коды 39, 40	0	0	0	4	5	0,196	0,196	0,741
Слизистая оболочка боко- вой поверхности языка ТК ВОЗ коды 44, 45	3	30	0,750	1	1	0,072	0,678	<0,001

Примечание. EER — абсолютный риск у мужчин, CER — абсолютный риск у женщин, RD — разница рисков.

55, 56), у 14 (13%) пациентов (3 мужчин и 11 женщин) локализация затрагивала дорсальную и/или боковую поверхности языка (ТК ВОЗ: коды 39, 40 или 44, 45), что согласуется с данными L. Feldmeyer и соавт. (2020) и A. Aminzadeh и соавт. (2013) и о поражении красным плоским лишаем слизистой оболочки щеки, затем языка [13, 17].

Наиболее распространенной формой, по данным исследования J.N.S. Netto и соавт. (2022), была типичная форма (52,9% случаев), а эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая встречалась лишь в 41,6% [12], что не согласуется с данными нашего исследования, для которого имеет место распределение 23: 78% случаев между типичной и эрозивно-язвенной формами плоского лишая слизистой оболочки рта [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного исследования были выявлены значимые различия в частоте встречаемости патологических элементов (папулы, эрозии, язвы) на разных

топографических зонах слизистой оболочки рта при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая, при типичной форме такие различия выявлены не были. При этом эрозивно-язвенная форма встречалась более, чем в три раза чаще, чем типичная.

Таким образом, использование схемы-топограммы с 61 топографическим кодом в виде цветовой кодировки для топографирования зон локализации на слизистой оболочке рта и красной кайме губ является важным критерием позволяющим провести четкую объективизацию локализации папулезных, эрозивных, язвенных, эритематозных элементов, проявляющихся различной клинической симптоматикой и склонностью к рецидивированию и озлокачествлению. Полученные данные являются важной основой для разработки персонализированных рекомендаций по профилактике, лечению и диспансеризации данной категории лиц.

Поступила/Received: 05.03.2026

Принята в печать/Accepted: 21.06.2026

ЛИТЕРАТУРА:

1. 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 Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* — 2016; 122 (3): 332—54. [PMID: 27401683](#)
2. Carrozzo M., Porter S., Mercadante V., Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. — *Periodontol 2000.* — 2019; 80 (1): 105—125. [PMID: 31090143](#)
3. Alrashdan M.S., Cirillo N., McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. — *Arch Dermatol Res.* — 2016; 308 (8): 539—51. [PMID: 27349424](#)
4. Rotaru D.I., Sofineti D., Bolboacă S.D., Bulboacă A.E. Diagnostic criteria of oral lichen planus: A narrative review. — *Acta Clin Croat.* — 2020; 59 (3): 513—522. [PMID: 34177062](#)
5. González-Moles M.Á., Warnakulasuriya S., González-Ruiz I., González-Ruiz L., Ayén Á., Lenouvel D., Ruiz-Ávila I., Ramos-García P. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. — *Oral Dis.* — 2021; 27 (4): 813—828. [PMID: 32144836](#)
6. Заславский Д.В. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — М.: Деловой экспресс, 2016. — С. 212. [eLibrary ID: 35432506](#)
7. Яценко А.К., Транковская Л.В., Первов Ю.Ю., Грицина О.П., Загудева И.О. Эпидемиологические исследования распространенности поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ. — *Казанский медицинский журнал.* — 2023; 1: 99—107. [eLibrary ID: 50171939](#)
8. 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; 3: 229—238. [eLibrary ID: 49559414](#)
9. Гилева О.С., Кошкин С.В., Либик Т.В., Городилова Е.А., Халыгина И.Н. Пародонтологические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта: красный плоский лишай. — *Пародонтология.* — 2017; 3 (84): 9—14. [eLibrary ID: 30060549](#)
10. Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта. — *Проблемы стоматологии.* — 2013; 2: 3—9. [eLibrary ID: 18976565](#)

REFERENCES:

1. 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 Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016; 122 (3): 332—54. [PMID: 27401683](#)
2. Carrozzo M., Porter S., Mercadante V., Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol 2000.* 2019; 80 (1): 105—125. [PMID: 31090143](#)
3. Alrashdan M.S., Cirillo N., McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res.* 2016; 308 (8): 539—51. [PMID: 27349424](#)
4. Rotaru D.I., Sofineti D., Bolboacă S.D., Bulboacă A.E. Diagnostic criteria of oral lichen planus: A narrative review. *Acta Clin Croat.* 2020; 59 (3): 513—522. [PMID: 34177062](#)
5. González-Moles M.Á., Warnakulasuriya S., González-Ruiz I., González-Ruiz L., Ayén Á., Lenouvel D., Ruiz-Ávila I., Ramos-García P. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2021; 27 (4): 813—828. [PMID: 32144836](#)
6. Zaslavsky D.V. Federal clinical guidelines. Dermatovenereology 2015: skin diseases. Sexually transmitted infections. Moscow: Business Express, 2016. P. 212. (In Russian). [eLibrary ID: 35432506](#)
7. Yatsenko A.K., Trankovskaya L.V., Pervov Y.Yu., Gritsina O.P., Zagudava I.O. Epidemiological studies of the prevalence of the oral mucosa and the red lip border lesions. *Kazan Medical Journal.* 2023; 1: 99—107 (In Russian). [DOI: 10.17816/KMJ71956](#)
8. Grabovskaya O.V., Kayumova L.N., Nikulina A.S., Damdinova B., Shakhmanova S. Problems of diagnostics of oral lichen planus. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2022; 3: 229—238 (In Russian). [DOI: 10.17816/dv109678](#)
9. Gileva O.S., Koshkin S.V., Libik T.V., Gorodilova E.A., Khalyavina I.N. Periodontal aspects of oral mucosal diseases: lichen planus. *Parodontologiya.* 2017; 3 (84): 9—14 (In Russian). [eLibrary ID: 30060549](#)
10. Gileva O.S., Libik T.V., Pozdnyakova A.A., Satyukova L.Y. Precancerous lesions in structure of oral mucosa diseases (according to medical advisory data). *Actual Problems in Dentistry.* 2013; 2: 3—9 (In Russian). [eLibrary ID: 18976565](#)

11. Усманова И.Н., Лакман И.А., Гурьевская О.А., Булгакова А.И., Борзилова О.Х., Фазлыхметова К.Ш., Хафизова А.А., Терегулов И.И., Васильев Ю.Л. Анализ данных иммуногистохимического исследования слизистой оболочки полости рта при эрозивно-язвенной форме плоского лишая. — *Клиническая стоматология*. — 2025; 1: 31—37. [eLibrary ID: 80557850](#)
12. Netto J.N.S., Pires F.R., Costa K.H.A., Fischer R.G. Clinical features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: an oral pathologists perspective. — *Braz Dent J*. — 2022; 33 (3): 67—73. [PMID: 35766718](#)
13. Feldmeyer L., Suter V.G., Oeschger C., Cazzaniga S., Bornstein M.M., Simon D., Borradori L., Beltraminelli H. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions — an analysis of clinical and histopathological features. — *J Eur Acad Dermatol Venereol*. — 2020; 34 (2): e104—e107. [PMID: 31568593](#)
14. Aguirre-Urizar J.M., Alberdi-Navarro J., Lafuente-Ibáñez de Mendoza I., Marichalar-Mendia X., Martínez-Revilla B., Parra-Pérez C., Juan-Galíndez A.D., Echebarria-Goicouria M.Á. Clinicopathological and prognostic characterization of oral lichenoid disease and its main subtypes: A series of 384 cases. — *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. — 2020; 25 (4): e554—e562. [PMID: 32388519](#)
15. Boñar-Alvarez P., Pérez Sayáns M., García-García A., Chamorro-Petronacci C., Gándara-Vila P., Lucés-González R., Otero Rey E., Blanco-Carrión A., Suárez-Peñaranda J.M. Correlation between clinical and pathological features of oral lichen planus: A retrospective observational study. — *Medicine (Baltimore)*. — 2019; 98 (8): e14614. [PMID: 30813189](#)
16. de Lima S.L., de Arruda J.A., Abreu L.G., Mesquita R.A., Ribeiro-Rotta R.F., Mendonça E.F., Arantes D.A., Batista A.C. Clinicopathologic data of individuals with oral lichen planus: A Brazilian case series. — *J Clin Exp Dent*. — 2019; 11 (12): e1109—e1119. [PMID: 31824590](#)
17. Aminzadeh A., Jahanshahi G., Ahmadi M. A retrospective comparative study on clinico-pathologic features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. — *Dent Res J (Isfahan)*. — 2013; 10 (2): 168—72. [PMID: 23946731](#)
18. Усманова И.Н., Лебедева А.И., Лакман И.А., Гурьевская О.А., Григорович Э.Ш., Имаева А.К., Усманова Д.И., Сафина Г.И., Старцева Е.Ю., Ушницкий И.Д. Динамическая характеристика влияния местного лечения на регенерацию эпителия у пациентов с эрозивно-язвенной формой плоского лишая слизистой оболочки рта. — *Эндодонтия Today*. — 2024; 3: 295—302. [eLibrary ID: 73459549](#)
11. Usmanova I.N., Lakman I.A., Gurievskaya O.A., Bulgakova A.I., Borzilova O.H., Fazlyakhmetova K.Sh., Khafizova A.A., Teregulov I.I., Vasil'Ev Yu.L. Immunohistochemical study data analysis off oral mucosa in the erosive and ulcerative form of the lichen planus. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2025; 1: 31—37 (In Russian). [DOI: 10.37988/1811-153X_2025_1_31](#)
12. Netto J.N.S., Pires F.R., Costa K.H.A., Fischer R.G. Clinical features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: an oral pathologists perspective. *Braz Dent J*. 2022; 33 (3): 67—73. [PMID: 35766718](#)
13. Feldmeyer L., Suter V.G., Oeschger C., Cazzaniga S., Bornstein M.M., Simon D., Borradori L., Beltraminelli H. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions an analysis of clinical and histopathological features. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34 (2): e104—e107. [PMID: 31568593](#)
14. Aguirre-Urizar J.M., Alberdi-Navarro J., Lafuente-Ibáñez de Mendoza I., Marichalar-Mendia X., Martínez-Revilla B., Parra-Pérez C., Juan-Galíndez A.D., Echebarria-Goicouria M.Á. Clinicopathological and prognostic characterization of oral lichenoid disease and its main subtypes: A series of 384 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020; 25 (4): e554—e562. [PMID: 32388519](#)
15. Boñar-Alvarez P., Pérez Sayáns M., García-García A., Chamorro-Petronacci C., Gándara-Vila P., Lucés-González R., Otero Rey E., Blanco-Carrión A., Suárez-Peñaranda J.M. Correlation between clinical and pathological features of oral lichen planus: A retrospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98 (8): e14614. [PMID: 30813189](#)
16. de Lima S.L., de Arruda J.A., Abreu L.G., Mesquita R.A., Ribeiro-Rotta R.F., Mendonça E.F., Arantes D.A., Batista A.C. Clinicopathologic data of individuals with oral lichen planus: A Brazilian case series. *J Clin Exp Dent*. 2019; 11 (12): e1109—e1119. [PMID: 31824590](#)
17. Aminzadeh A., Jahanshahi G., Ahmadi M. A retrospective comparative study on clinico-pathologic features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013; 10 (2): 168—72. [PMID: 23946731](#)
18. Usmanova I.N., Lebedeva A.I., Lakman I.A., Gurievskaya O.A., Grigorovich E.Sh., Imaeva A.K., Usmanova D.I., Safina G.I., Safina E.Yu., Ushnitsky I.D. Dynamics of the effect of local treatment on the frequency of nuclei with perinuclear vacuole in the cytogram of buccal epithelium in patients with the erosive and ulcerative form of the lichen planus in the oral cavity mucosa lining. *Endodontics Today*. 2024; 3: 295—302 (In Russian). [DOI: 10.36377/ET-0042](#)