Особенности комплексной терапии предраковых форм красного плоского лишая

Попова Л.Г.*, Петрова Т.Г.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Peculiarities of complex therapy of precancerous forms of lichen planus

Popova L.G.*, Petrova T.G.

Novosibirsk State Medical University

АННОТАЦИЯ

Приведенный клинический случай показывает, что терапия предраковых форм красного плоского лишая должна быть комплексной и включать санацию всего организма. В этой связи представляется необходимым проведение комплексного обследования пациентов такого профиля в специализированном стационаре, позволяющего избежать диагностических ошибок, выбрать индивидуальную, дифференцированную и рациональную терапию органной патологии, способствующую восстановлению слизистой оболочки рта, улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: предраковые заболевания слизистой оболочки рта, комплексное обследование, профилактика малигнизации, красный плоский лишай.

ABSTRACT

Described clinical case shows that therapy of precancerous forms of lichen planus should be complex and include sanitation of the whole organism. In this regard, it is necessary to conduct a complex examination of patients of this profile in a specialized hospital to prevent diagnostic errors and to select individual, differentiated and rational therapy of organ pathology, which contributes to restoring the oral mucosa and improving the patients' quality of life.

Keywords: precancerous diseases of the oral mucosa, complex examination, prevention of malignancy, lichen planus.

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшим элементом профилактики рака является диспансерное наблюдение и радикальная терапия предраковых заболеваний, направленная на излечение заболевания или исчезновение большинства его симптомов [1, 2].

Красный плоский лишай (код по МКБ-10 L43) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, в основе которого лежат глубокие системные нарушения процессов ороговения. Этиология красного плоского лишая (КПЛ) не известна. КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором экс-

INTRODUCTION

The most important element of cancer prevention is dispensary observation and radical therapy of precancerous diseases, aimed at curing the disease or relieving most symptoms [1, 2].

Lichen planus (code ICD-10 L43) is a chronic inflammatory disease of the skin and mucous membranes, which is based on deep systemic disturbances of keratinization processes. The etiology of lichen planus (LP) is not known. LP is considered to be an autoimmune disease in which the expression of the unidentified antigen by basal layer keratinocytes leads to active migration of T-lym-

Поступила 11.04.2018
Принята 15.05.2018

*Автор, ответственный за переписку
Попова Людмила Георгиевна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
E-mail: galkina951@mail.ru

Received 11.04.2018
Accepted 15.05.2018

*Corresponding author
Popova Lyudmila Georgyevna: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: galkina951@mail.ru

прессия не идентифицированного до настоящего времени антигена кератиноцитами базального слоя эпителия приводит к активации миграции в кожу и слизистые Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции.

В патогенезе КПЛ большая роль принадлежит возрастным изменениям организма, гиповитаминозу А, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, стрессовым ситуациям. На этом фоне развиваются нарушения в системе антирадикальной защиты, перекисного окисления липидов; достоверно значимо уменьшается концентрация микроэлементов (Cu^{2+} , Cr^{3+} , K^+ , Mg^{2+} и Zn^{2+}), снижается активность ферментативных процессов, развивается Т-клеточная иммунодепрессия, формируется патологическая нервная импульсация с поврежденных органов брюшной полости, происходит адсорбция в слизистой оболочке полости рта антигенных структур бактериальной природы, исходящих из ЖКТ, снижается резистентность слизистой оболочки рта к травматическим воздействиям [1, 3–5].

Больные, в течение многих лет посещая врача-стоматолога, получают в основном симптоматическое лечение, что, вероятно, объясняет высокий процент рецидивов [1, 2, 6, 7]. Длительно не заживающие эрозии на слизистой оболочке рта, не поддающиеся лечению, снижают качество жизни больных, формируют эмоциональное истощение, канцерофобию. По классификации предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта (А. Л. Машкиллейсон, 1970) эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы КПЛ включены в группу заболеваний слизистой оболочки рта с малой частотой малигнизации (факультативные предраки) [1]. Эти формы отличаются упорным, резистентным к терапии течением. Малигнизация процесса отмечена у 1 % больных красным плоским лишаем. Эпителиома, развившаяся на почве КПЛ, может быть рецидивирующей и многоочаговой [1, 4, 7].

На кафедру терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» (НГМУ) за период 2010–2017 гг. обратились 38 больных с диагнозом «Красный плоский лишай». Из них эрозивно-язвенная форма выявлена у 8 больных (23 %), гиперкератотическая — у 5 больных (13 %), что совпадает с данными литературы (от 10 до 35 %) [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поиск возможности повышения эффективности лечения эрозивно-язвенной и гиперкератотической формы КПЛ.

phocytes into the skin and mucous with the formation of an immune response and an inflammatory reaction.

Age-related changes in the organism, hypovitaminosis A, chronic pathology of the gastrointestinal tract, stressful situations play an important role in the pathogenesis of LP. Against this background, disorders develop in the system of anti-radical protection and in lipid peroxidation; the concentration of trace elements (Cu^{2+} , Cr^{3+} , K^+ , Mg^{2+} and Zn^{2+}) decreases significantly, the activity of enzymatic processes decreases, T-cell immunosuppression develops, pathological nervous impulses from damaged abdominal organs are formed, adsorption of bacterial antigenic structures from the gastrointestinal tract occurs in the oral mucosa, that leads to reduction of resistance of the mucosa to traumatic influences [1, 3–5].

Patients who have been visiting a dentist for many years receive mostly symptomatic treatment, which probably explains the high percentage of relapses [1, 2, 6, 7]. Long-term non-healing erosions on the oral mucosa reduce patients' quality of life, form emotional exhaustion and cancerophobia. According to the classification of precancerous diseases of the oral mucosa (Mashkilleyson A.L., 1970), the erosive-ulcerative and hyperkeratotic forms of LP are included in the group of diseases of the oral mucosa with a low incidence of malignancy (facultative precursors) [1]. These forms of LP are resistant to therapy. Malignization of the process was noted in 1 % of patients with lichen planus. Epithelioma that developed on the basis of LP can be recurrent and multifocal [1, 4, 7].

38 LP patients consulted the Department of Therapeutic Stomatology of the Novosibirsk State Medical University (NSMU) for the period 2010–2017. The erosive-ulcerative form was detected in 8 patients (23 %), hyperkeratotic form — in 5 patients (13 %), which coincides with the studies (from 10 to 35 %) [7].

AIM OF THE RESEARCH

Is to find opportunities to improve treatment efficiency of erosive-ulcerative and hyperkeratotic forms of LP.

CLINICAL CASE

Female patient D., aged 67 has been sent by the paradontologist of the Novosibirsk district polyclinic for consultation to the Department of Therapeutic Stomatology at the Novosibirsk State University

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больная Д., 67 лет. Врачом-пародонтологом районной поликлиники г. Новосибирска направлена на консультацию на кафедру терапевтической стоматологии НГМУ с диагнозом «Красный плоский лишай, эрозивная форма». Длительность заболевания 6 лет. У стоматолога по месту жительства пациентка 6–7 раз в год проходила курсы витаминотерапии: аппликации масляных растворов витаминов А и Е на слизистую оболочку рта, никотиновая кислота в таблетках по схеме. Дважды за время болезни в курс лечения включали преднизолон 20–25 мг, делагил 0.25 г в течение 4–6 нед по схеме [1]. Таблетки нистатина для рассасывания по 14–16 в день месячными курсами принимает последние полгода.

Субъективное улучшение выражалось в снижении болезненности слизистой полости рта, в уменьшении размеров эрозий. Через 7–10 дней после окончания курса лечения все симптомы болезни рецидивировали. Последнее обострение особенно тяжелое. Настроение подавленное, канцерофобия. Разговор затруднен из-за резкой болезненности. Имеет отягощенный анамнез: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, хронический гастрит, хронический холецистит. Профессиональная вредность в прошлом — химическое производство красок.

Стоматологический статус: на красной кайме губ слившиеся папулы имеют вид сплошной полосы на синюшном фоне, обширные множественные эрозии неправильной формы на слизистой оболочке щек, губ, боковой поверхности и спинке языка, болезненные при прикосновении. Слизистая оболочка рта отечная, гиперемизованная; папулезные высыпания по средней линии языка сливаются в бляшку белого цвета, на слизистой переходных складок характерный для красного плоского лишая рисунок — сетка Уикхема. Симптом Никольского отрицательный. Десквамация эпителия десневых сосочков. Обильные отложения зубного камня и мягкого налета, кариозные полости в зубах 16.46, острые края фронтальных зубов верхней челюсти за счет патологической истертости вестибулярной поверхности.

Диагноз: красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма.

Учитывая малую эффективность проводимого ранее лечения и тяжелое состояние, после проведения профессиональной гигиены, санации полости рта больная госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение Городской клинической больницы № 11 г. Новосибирска.

with the diagnosis of LP, erosive form. Duration of the disease was 6 years. The patient 6–7 times a year had passed courses of vitamin therapy: applications of oil solutions of vitamins A and E to the oral mucosa and nicotinic acid in tablets. Twice during the course of the therapy, prednisolone 20–25 mg, delagil 0.25 g for 4–6 weeks according to the scheme [1] had been included in the treatment programme. She is taking 14–16 nystatin sublingual tablets a day for the last six months.

Subjective improvement was expressed in reducing the soreness of the oral mucosa, in reducing the size of erosions. After 7–10 days after the end of the course of treatment, all the symptoms of the disease recurred. The last exacerbation was especially severe. Mood depressed, cancerophobia. The conversation is hampered by the sharp pain. The anamnesis included: hypertension, bronchial asthma, chronic gastritis, and chronic cholecystitis. She has an occupational hazard in the past — chemical production of paints.

Dental status: on the red border of the lips, the fused papules have the appearance of a continuous band on the cyanotic background, extensive multiple erosions of irregular shape on the mucous membrane of the cheeks, lips, lateral surface and the dorsum of the tongue, painful when touched. The oral mucosa is edematous, hyperemic; papular rashes along the middle line of the tongue merge into a white plaque; on the mucosa of the transitional folds there is Wickham mesh — this drawing is a characteristic of the LP. Nikolsky's symptom is negative. The epithelium of the gingival papillae is desquamated. Abundant deposits of tartar and soft plaque, carious cavities are in the teeth 16.46, sharp edges of the frontal teeth of the upper jaw due to abnormal attrition of the vestibular surface.

Diagnosis: lichen planus, erosive-ulcerative form.

Due to low effectiveness of previous treatment and a serious condition, after professional hygiene procedures and sanitation of the oral cavity, the patient was hospitalized in the Gastroenterology Department of the City Clinical Hospital No. 11 in Novosibirsk.

Medical record:

Female patient D., aged 67.

Diagnosis: exacerbation of chronic cholangitis, severe course. Focal liver disease. Exacerbation of chronic recurrent pancreatitis, painful form. LP of the oral mucosa, tongue, ulcerative-necrotic form. Dysbacteriosis of the intestine, severe course.

Выписка из истории болезни:

Больная Д., 67 лет.

Диагноз: обострение хронического холангита, тяжелое течение. Очаговое заболевание печени. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита, болевая форма. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта, языка, язвенно-некротическая форма. Дисбактериоз кишечника, тяжелое течение.

Данные исследования:

УЗИ внутренних органов: диффузные изменения паренхимы печени, очаговое образование печени, вероятно гемангиома. Хронический холецистит. Каликоэктазия справа, дифференциальный диагноз с кистами почечного синуса. Киста левой почки. Контроль УЗИ через 1 мес: патологии не выявлено. Ирригоскопия: органической патологии не обнаружено. Хирург: выявлен очаг в печени размером 1.8×1.3 см.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 90 в 1 мин, тип — тенденция к правому, позиция — полувертикальная. Умеренные диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

Анализ крови: RBC — 4.0×10^{12} /л, Hb — 128 г/л, WBC — 9.8×10^9 /л, Eo — 1 %, Baso — 1 %, Neut — 80 %, Lymph — 15 %, Mono — 3 %, СОЭ — 61 мм/ч, ЭДС: —, сахар — 3.8 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок — 73.8 г/л, альбумины — 42.3 г/л, мочевины — 6.2 ммоль/л, креатинин — 0.087 ммоль/л, билирубин — 14.0 мкмоль/л, АЛТ — 14.8 Ед./л, АСТ — 19.9 Ед./л, ЩФ — 143.5 Ед./л, холестерин — 7.0 ммоль/л, ЛПВП — 6.7 ммоль/л, амилаза — 190.8 Ед./л, триглицериды — 1.79 ммоль/л, кальций — 2.1 ммоль/л, хлориды — 100.0 ммоль/л, ПТИ — 84.6 %, фибриноген — 6.19 г/с.

Соскоб с языка: обильный рост энтерококков, умеренный рост *S. aureus*. Чувствительность к антибиотикам: пенициллин — устойчивость, ампициллин — устойчивость, доксициклин — устойчивость, стрептомицин — чувствительность, эритромицин — устойчивость, цефтриаксон — устойчивость. Обсемененность *Candida spp.* в значительном количестве — 10^9 КОЕ/мл (норма — менее 10^3 КОЕ/мл).

Анализ мочи: удельный вес — 1022 г/л, белок — отрицательно, лейкоциты — 2–3 в поле зрения, эпителий плоский — 7–8 в поле зрения.

Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки — 350 млн/г. Гемолизующая кишечная палочка — 1×10^8 микробных тел (м. т.). Кокковые формы в общей сумме микробов 6×10^8 м. т. Гемолитический стафилококк по от-

Examination findings:

Ultrasonic examination of internal organs: diffuse changes in liver parenchyma, focal liver formation, probably hemangioma. Chronic cholecystitis. Calicoectasia on the right, differential diagnosis with cysts of the renal sinus. Cyst of the left kidney. Control of ultrasound after 1 month: no pathology was detected. Irrigoscopy: no organic pathology was found. The surgeon: the focus (1.8×1.3) in the liver is revealed.

Electrocardiography: sinus tachycardia, heart rate is 90, type — a tendency to the right, position — semi-vertical. Moderate diffuse changes in the myocardium, signs of left ventricular hypertrophy.

Blood test: RBC — 4.0×10^{12} /l, Hb — 128 g/l, WBC — 9.8×10^9 /l, Eo — 1 %, Baso — 1 %, Neut — 80 %, Lymph — 15 %, Mono — 3 %, ESR — 61 mm/h, EMF: —, sugar — 3.8 mmol/l.

Biochemical blood test: total protein — 73.8 g/l, albumins — 42.3 g/l, urea — 6.2 mmol/l, creatinine — 0.087 mmol/l, bilirubin — 14.0 μ mol/l, ALT — 14.8 unit/l, AST — 19.9 units/l, alkaline phosphatase — 143.5 units/l, cholesterol — 7.0 mmol/l, HDL — 6.7 mmol/l, amylase — 190.8 units/l, triglycerides — 1.79 mmol/l, calcium — 2.1 mmol/l, chlorides — 100.0 mmol/l, prothrombin index — 84.6 %, fibrinogen — 6.19 g/s.

Scraping from the tongue: the abundant growth of enterococci, moderate growth of *S. aureus*. Sensitivity to antibiotics: penicillin resistance, ampicillin resistance, doxycycline resistance, streptomycin sensitivity, erythromycin resistance, ceftriaxone resistance. Dissemination *Candida spp.* in a significant amount — 10^9 CFU/ml (norm — less than 10^3 CFU/ml).

Urinalysis: specific gravity — 1022 g/l, protein — negative, white blood cells — 2–3 in the field of vision, flat epithelium — 7–8 in the field of view.

Analysis of feces for dysbacteriosis: the total amount of *E. coli* 350 million/g. *Hemolytic E. coli* — 1×10^8 microbial bodies (m.t.). Coccal forms in the total amount of microbes — 6×10^8 m.t. Hemolytic staphylococci in relation to all coccal forms — 4×10^4 m.t. Bifidobacteria are found. Type of fungi are mould. Lactobacteria are not revealed.

Drug therapy included: enalapril, cordaflex-retard, cholenzim, biovestin-lacto, maxaquin, nizoral, polarizing mixture, riboxin i.v., platyphylline s.c., papaverine i.m.

In the complex therapy of LP for local treatment of oral candidiasis, clotrimazole was used, in the form of a low-dispersion aerosol of 1 % solution of

ношению ко всем кокковым формам — 4×10^4 м.т. Бифидобактерии — обнаружены. Грибы — плесневые. Лактобактерии — нет.

Проведено лечение: эналаприл, кордафлекс-ретард, холензим, биовестин-лакто, максаквин, низорал, поляризирующая смесь, рибоксин в/в капельно, платифиллин п/к, папаверин в/м.

В комплексном лечении красного плоского лишая для местного лечения орального кандидоза использовали клотримазол, в виде низкодисперсной аэрозоли 1% раствора препарата «Кандид». Клотримазол — производное азолов (имидазолы), плохо адсорбируется при приеме *per os* [8].

Рекомендовано:

1) наблюдение хирурга, контроль УЗИ печени через 1 мес;

2) ФГДС (в отделении не проведено, не позволяет активный воспалительный процесс слизистой оболочки рта);

3) низорал 200 мг 1 раз в день — 10 дней;

4) биовестин-лакто 4 мл в микроклизме — 3 мл, *per os* — 5 нед;

5) бифиформ по 1 капс. 3 раза в день — 2 нед;

6) гепабене по 2 таб. 3 раза в день — 1 мес.

Осмотр врача-стоматолога после выписки из стационара: состояние удовлетворительное, настроение улучшилось, больная верит в возможность выздоровления. На слизистой оболочке щек в ретромаральной области, на боковых поверхностях языка — эрозии в стадии эпителизации, малоблезненные при прикосновении. Сохраняются множественные папулы, слившиеся в крупную плоскую бляшку на спинке и боковой поверхности языка слева. Рекомендовано: диетический рацион, богатый витаминами и белком; облепиховое масло для ротовых ванночек. Результат лабораторного анализа: обсемененность *Candida spp.* в значительном количестве — 10^6 КОЕ/мл (норма — менее 10^3 КОЕ/мл). Для местного лечения орального кандидоза продолжили применение клотримазола, в виде низкодисперсной аэрозоли 1% раствора препарата «Кандид».

Осмотр через 3 мес: состояние удовлетворительное. Беспокоит повышенная чувствительность слизистой во время приема кислой пищи (яблоко, помидор). Слизистая оболочка рта гиперемизированная, отечная, папулезные высыпания, участки десквамации эпителия в ретромаральной области, по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щек. Количество папулезных высыпаний на спинке и боковой поверхности языка уменьшилось, высыпания приобрели характерный для красного плоского лишая ажурный рису-

нок. Clotrimazole is an azole derivative (Imidazoles) and is poorly absorbed when taken orally [8].

Recommended:

1) observation of the surgeon, ultrasonic examination of the liver after 1 month;

2) fibrogastroduodenoscopy (in the department it was not carried out due to the inflammatory process in the oral mucosa);

3) nizoral 200 mg once a day during 10 days;

4) biovestin-lacto 4 ml in microenema — 3 ml, *per os* — 5 weeks;

5) biform — 1 caps. 3 times a day — 2 weeks;

6) hepabene — 2 tab. 3 times a day — 1 month.

Examination of the dentist after discharge from the hospital: the condition is satisfactory, the mood has improved, the patient believes in the possibility of recovery. On the mucosa of the cheeks in the retromolar region and on the lateral surfaces of the tongue there are slightly painful erosions in the epithelialization stage. Multiple papules are preserved, merged into a large flat plaque on the back and the lateral surface of the tongue to the left. Recommended: a diet rich in vitamins and protein; sea buckthorn oil for mouthwash. The laboratory findings: seeding of *Candida spp.* in a significant amount — 10^6 CFU/ml (norm — less than 10^3 CFU/ml). For topical treatment of oral candidiasis, clotrimazole continued to be used in the form of a low-dispersed aerosol of 1% solution of Candid.

Examination after 3 months: the condition is satisfactory. Hypersensitivity of the mucosa during the intake of acidic food (apple, tomato). The oral mucosa is hyperemic, edematous, papular eruptions, areas of desquamation of the epithelium in the retromolar region along the line of teeth closing on the mucous membrane of the cheeks. The number of papular eruptions on the back and the lateral surfaces of the tongue decreased, the rashes acquired a pattern characteristic of LP. Dissemination of *Candida spp.* — 10^4 CFU/ml. Diagnosis: lichen planus, exudative-hyperemic form. For topical treatment of oral candidiasis, clotrimazole continued to be used in the form of a low-dispersed aerosol of 1% solution of Candid.

Examination after 4 months: no pain complaints or discomfort in the oral cavity. The condition is satisfactory, emotionally balanced. The oral mucosa is pink. Papular eruptions on the back and the lateral surface of the tongue have a lace pattern that is characteristic for LP. Dissemination of *Candida spp.* — 10^2 CFU/ml. Diagnosis: lichen planus, typical form.

нок. Обсемененность *Candida spp.* — 10^4 КОЕ/мл. Диагноз: красный плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма. Для местного лечения орального кандидоза продолжили применение клотримазола, в виде низкодисперсной аэрозоли 1% раствора препарата «Кандид».

Осмотр через 4 мес: жалоб на боли, неприятные ощущения в полости рта не предъявляет. Состояние удовлетворительное, эмоциональное состояние уравновешенное. Слизистая оболочка полости рта розового цвета. Папулезные высыпания на спинке и боковой поверхности языка имеют характерный для КПЛ ажурный рисунок. Обсемененность *Candida spp.* — 10^2 КОЕ/мл. Диагноз: красный плоский лишай, типичная форма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный клинический случай свидетельствует о необходимости комплексного обследования каждого больного с предраковыми формами красного плоского лишая и эффективности

CONCLUSION

The described clinical case testifies to the need for a comprehensive examination of each patient with precancerous forms of LP and the effectiveness of therapeutic effects aimed at the sanitation of the whole organism. Individual therapy of organ pathology leads to recovery of oral mucosa.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

терапевтических воздействий, направленных на санацию всего организма. Индивидуальная терапия органной патологии приводит к восстановлению и слизистой оболочки рта.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены // Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2. С. 184–211.
2. Молочков В.А., Прокофьев А.А., Переверзева О.Э., Бобров М.А. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2011. № 1. С. 30–36.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. М., 2001. 320 с.
4. Молочков В.А., Молочков А.В., Переверзева О.Э. К совершенствованию терапии красного плоского лишая // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2011. № 2. С. 7–9.
5. Терапевтическая стоматология: Учеб. для студентов мед. вузов / под ред. Е.В. Боровского. М.: Мед. информ. агентство, 2007. С. 747.
6. Дерматовенерология. Клинические рекомендации / под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 428 с.
7. Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И. Кератозы слизистой оболочки полости рта и губ. Киев: Здоровья, 1979.
8. Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., Недосеко В.Б. Выбор антимикотических препаратов, используемых в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита, осложненного дрожжеподобными грибами рода *Candida spp.* // Клин. стоматология. 2008. № 1. С. 32–35.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Попова Людмила Георгиевна — канд. мед. наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

REFERENCES

1. Butov Yu.S., Vasenov V.Yu., Anisimov T.V. (2009). Lichens. In Yu.K. Skripkina, Yu.S. Butov. *Clinical Dermatovenereology* (pp. 184–211). Moscow: GEOTAR-Media. In Russ.
2. Molochkov V.A., Prokofiev A.A., Pereverseva O.E., Bobrov M.A. (2011). Clinical features of different forms of lichen planus. *Rus. J. Scin and Venereal Diseases*, 1, 30–36.
3. Borovskiy E.V., Mashkilleyson A.L. (Eds.) (2001). *Diseases of the Mucous Membrane of the Mouth and Lips*. Moscow, 320 p. In Russ.
4. Molochkov V.A., Molochkov A.V., Pereverseva O.E. (2011). To a problem of improvement of lichen planus therapy. *Rus. J. Scin and Venereal Diseases*, 2, 7–9.
5. Borovskiy E.V. (Ed.) (2007). *Therapeutic Dentistry: a Textbook for Students of Medical Universities*. Moscow: Med. inform. agency. In Russ, p. 747.
6. Kubanova A.A. (Ed.) (2010). *Dermatovenereology. Clinical Recommendations*. Moscow: DEKS-Press, 428 p. In Russ.
7. Danilevskiy N.F., Urbanovich L.I. (1979). *Keratosis of the Mucous Membrane of the Mouth and Lips*. Kiev: Health. In Russ.
8. Chepurkova O.A., Chesnokova M.G., Nedoseko V.B. (2008). Selection of antifungal drugs used for integrated treatment of advanced periodontitis complicated oropharyngeal candidiasis by *Candida spp.* *Clin. Dentistry*, 1, 32–35.

ABOUT THE AUTHORS

Popova Lyudmila Georgyevna — Cand. Sci. (Med.), Teaching Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry, Novosibirsk State Medical University.

Петрова Татьяна Геннадьевна — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Попова Л.Г., Петрова Т.Г. Особенности комплексной терапии предраковых форм красного плоского лишая // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2018. № 4. С. 94–100.

Petrova Tatyana Gennadyevna — Dr Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry, Novosibirsk State Medical University.

Citation example: Popova L.G., Petrova T.G. (2018). Peculiarities of complex therapy of precancerous forms of lichen planus. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 4, 94–100.