

# Пародонтологические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта: красный плоский лишай

О.С. ГИЛЕВА\*, д.м.н., профессор, зав. кафедрой  
С.В. КОШКИН\*\*, д.м.н., профессор, зав. кафедрой  
Т.В. ЛИБИК\*, к.м.н., доцент  
Е.А. ГОРОДИЛОВА\*, \*\*\*, аспирант, врач-стоматолог  
И.Н. ХАЛЯВИНА\*\*\*, к.м.н., главный врач

\*Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний  
ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ

\*\*Кафедра дерматовенерологии и косметологии  
ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава РФ

\*\*\*КОГБУЗ Кировская клиническая стоматологическая поликлиника (г. Киров)

## Periodontal aspects of oral mucosal diseases: lichen planus

O.S. GILEVA, S.V. KOSHKIN, T.V. LIBIK, E.A. GORODILOVA, I.N. KHALYAVINA

### Резюме

В работе на основе результатов собственных клинических исследований представлены данные об особенностях специфических заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем (КПЛ), принципы их диагностики и комплексного лечения. Ретроспективный анализ данных клинико-лабораторных исследований 342 пациентов с КПЛ позволил выявить частоту, клинические (индексы ОНI-S, РМА, ВоР, РВI, РIРI) и топографические особенности КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта. Частота выявления десневой локализации элементов КПЛ колеблется от 38,3% до 100,0% в зависимости от формы заболевания. Изолированное поражение десны в виде десквамативного гингивита было выявлено в 9,1% случаев у пациентов с распространенным кожно-слизистым КПЛ. Клиническая эффективность лечения КПЛ с использованием иммуносупрессивных препаратов подтверждена достоверным ( $p < 0,001$ ) снижением пародонтологических индексов ОНI-S (на 81,2%), РМА (на 65,1%), РВI (на 72,8%), ВоР (на 61,3%), а также высокой величиной «эффекта» лечения по показателю  $\Delta$ ОНIР-49-РУ – 0,97.

**Ключевые слова:** заболевания слизистой оболочки полости рта, красный плоский лишай, заболевания пародонта, высокоактивные топические стероиды, иммуносупрессивные препараты.

### Abstract

In present article data on clinical characteristic, diagnostic and complex treatment principles of specific periodontal diseases in patients with lichen planus (LP) were presented. A retrospective analysis of clinical and laboratory data of 342 patients with LP allowed to reveal the incidence, clinical (indices ОНI-S, РМА, ВоР, РВI, РIРI) and topographic features of the LP-associated periodontal disease. The detection rate of LP elements on gingiva ranges from 38.3% to 100.0% depending on the form of LP. Isolated lesions of the gums in the form of desquamative gingivitis was identified in 9.1% of patients with extensive skin and mucous LP. The clinical efficacy of LP complex treatment with the use of immunosuppressive drugs was confirmed by the significant ( $p < 0,001$ ) reduction of periodontal indices ОНI-S (by 81.2%), РМА (by 65.1%), РВI (by 72.8%), ВоР (by 61.3%) and high magnitude of the «effect» of treatment in terms of  $\Delta$ ОНIР-49-РУ – 0,97.

**Key words:** oral mucosal diseases, lichen planus, periodontal diseases, highly active topical steroids, immunosuppressive drugs.

### Введение

Современная консервативно-профилактическая стоматология характеризуется двумя непротиворечивыми тенденциями: с одной стороны, стремлением к узкой профилизации (кариесология, эндодонтия, пародонтология и др.), с другой – формированием трансграничных направлений

(исследование эндо-периодонтальных, муко-гингивальных поражений и др.), изучающих различные обоюдозависимые аспекты сочетанной стоматологической патологии [7, 11]. Число пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) у населения РФ и многих других стран мира неуклонно возрастает на фоне постарения и ухудше-



ния системного здоровья, аллергизации и полипрагмазии, а также сохраняющегося действия различных неблагоприятных местных факторов риска [1, 4, 5, 8]. Особое проблемное поле для современной стоматологии и медицины составляют сочетанные поражения пародонта, СОПР, кожи и внутренних органов, имеющие сложный многофакторный генез, отличающиеся хроническим рецидивирующим, резистентным к традиционной терапии течением и склонностью к малигнизации, существенно снижающие качество жизни (КЖ) пациента [6, 7, 13, 15, 17, 18].

Исследование посвящено наиболее важным пародонтологическим аспектам красного плоского лишая (КПЛ) – распространенного кожно-слизистого дерматоза, наиболее часто проявляющегося на СОПР [3, 10, 8, 12, 21, 24]. Ранние исследования [3, 22] убедительно свидетельствуют, что аутоиммунный генез КПЛ предполагает вовлечение в процесс важнейшего морфофункционального комплекса – пародонта, с последующим развитием более тяжелых форм неспецифических и/или специфических КПЛ-ассоциированных заболеваний. Механизм, доминирующие факторы риска развития, клинито-топографические особенности специфических КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта, принципы их диагностики и комплексного лечения до конца не определены, хотя установлена высокая (13,0-48,0%) частота их выявления у больных КПЛ [3, 20].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности комплексного лечения больных КПЛ СОПР за счет своевременной диагностики и рациональной терапии КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным ретроспективного исследования, проведенного на базах кафедры и стоматологической клиники ФГБОУ ВО Пермский ГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника», кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России в различные периоды 2005-2015 гг., проанализирована частота поражения, факторы риска и клиническая инфраструктура заболеваний пародонта у 342 пациентов (117 мужчин, 225 женщин в возрасте 18-82 года) с КПЛ (L-43), диагноз которых подтвержден клинито-лабораторными исследованиями [14].

Заболевания пародонта у больных КПЛ систематизировали в соответствии с классификацией AAP [16], выделяя неспецифические заболевания (гингивит и пародонтит), связанные с образованием зубного налета, у лиц с внедесневой локализацией элементов КПЛ и специфические (КПЛ-ассоциированные) формы, проявляющиеся наличием на десне различных элементов – папул, бляшек, пузрырьков, эрозий, язв. Дифференциальная диагностика неспецифических и специфических КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта базировалась на клинических данных, включавших в том числе тест на толерантность/резистентность к антибактериальной терапии и результатах микробиологических исследований [23]. В соответствии с рекомендациями Jandinski и Schklar [19] специфические КПЛ-ассоциированные заболевания пародонта объединяли в эритематозный, эрозивный и кератотический десневые КПЛ-ассоциированные симптомокомплексы. Кли-

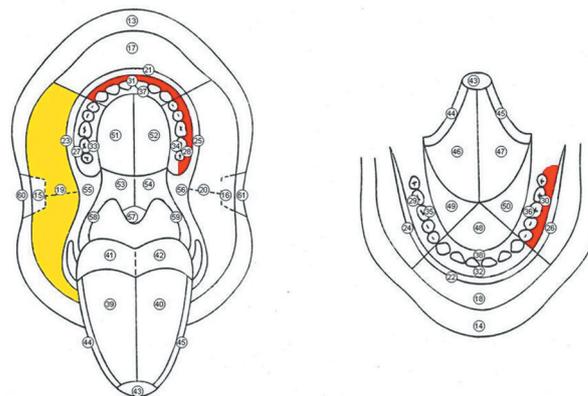


Рис. 1. Модифицированная схема-топограмма СОПР с цветной кодировкой зон локализации элементов КПЛ по топографическим кодам

нито-топографические особенности каждого десневого комплекса анализировали, учитывая выявление элементов поражения в различных зонах по 56 топографическим кодам (ТК) СОПР (Гилева О. С. и соавт., 2008) (рис. 1).

Дизайн и структура исследования утверждены Локальным этическим комитетом Пермского ГМУ в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВМА (ГА ВМА, 2013).

Пародонтологический статус больных оценивали комплексно, с расчетом индексов: гигиены (ОHI-S), воспаления (РМА), кровоточивости (РВI и ВоР), нуждаемости в пародонтологическом лечении (СРITN), рецессии десны (IR), пародонтального индекса риска системного инфицирования (PIRI). Стоматологические показатели КЖ определяли по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU с расчетом интегральных и пошкаловых параметров и величины клинического эффекта ( $\Delta$ ОНIP-49-RU) по Cohen (1976). Общая терапия КПЛ проведена согласно Федеральным клиническим рекомендациям, дополнена разработанными нами протоколами местного лечения [2, 14]. Результаты обработаны методами вариационной статистики с расчетом t-критерия Стьюдента и показателя ф по Фишеру.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота выявления десневой локализации элементов КПЛ СОПР колеблется от 38,3% до 100,0% в зависимости от формы заболевания: буллезной (100,0%), эрозивно-язвенной (62,6%), экссудативно-гиперемической (50,0%), гиперкератотической (44,0%), типичной (38,3%). Слизистая десны занимает III-IV место среди других топографических зон СОПР по частоте вовлечения в процесс при КПЛ. Изолированное поражение десны (9,1%) проявлялось десквамативным гингивитом (ДГ) у пациентов с распространенным кожно-слизистым КПЛ (рис. 2).

В генезе десневых форм КПЛ, наряду с типичными для иной его локализации системными факторами (заболевания желудочно-кишечного тракта (88,0%), нейроэндокринной (64,3%), сердечно-сосудистой (63,5%) и иммунной (40,6%) систем, опорно-двигательного аппарата (28,4%)), установлена роль следующих местных факторов риска: хроническая механическая травма (41,8%); действие табака (41,5%); раздражающее и десквамирующее действие зубных паст с высоким (более 1,5%) содержанием SLS (35,7%) и Cinnamon-содержащих отдушек (15,2%), спир-



**Рис. 2. Распространенный КПЛ (L-43): крупные бляшки на коже рук (а), ног (б); десквамативный гингивит (в) II степени тяжести по I. Glickman (1966)**

тосодержащих ополаскивателей (65,2%) и пероральных лекарственных препаратов [НПВС – 28,0%, β-блокаторов – 59,1%; гипотензивных препаратов – ингибиторов АПФ, диуретиков (48,2%); гипогликемических препаратов на основе производных сульфонилмочевины (27,2%)]; лихеноидное и контактно-аллергическое действие реставрационных и ортопедических конструкционных материалов (25,4%).

Самую распространенную – эрозивную форму десневого КПЛ-ассоциированного симптомокомплекса определяли у пациентов с эрозивно-язвенным (54,7%) и буллезным (100,0%) КПЛ СОПР. Эрозивное поражение десны чаще сочеталось с образованием эрозий и папул на других участках СОПР (82,2%) (рис. 3), кожи (28,9%) и слизистых половых органов (14,4%). Клинико-рентгенологически эта форма чаще (70,2%) проявлялась специфическим КПЛ-ассоциированным пародонтитом. КПЛ-ассоциированный гингивит у лиц с эрозивным КПЛ СОПР протекал по типу генерализованного язвенного процесса на вестибулярной и оральной поверхностях десны, с образованием на ней полиморфных элементов (эрозий, язв, папул), отложением обильного мягкого зубного налета (ОНI-S = 3,19 ± 0,23), выраженным отечно-болевым (PMA = 57,10 ± 3,20) и геморрагическим (PBI = 1,95 ± 0,13, ВоP = 33,90 ± 3,90) симптомами, невозможностью привычного гигиенического ухода за полостью рта (ГПР).

Эрозивная форма десневого КПЛ-ассоциированного комплекса в 25,6% случаев манифестировала изолированным ДГ, чаще сочетающимся с наличием элементов на коже и слизистой половых органов. ДГ (преимущественно

II-III степени тяжести по I. Glickman, 1966) характеризовался длительным транзиторно-ремиттирующим течением, образованием «лакированных», резко болезненных эрозий на маргинальной поверхности сухой атрофичной десны передне-верхнего и верхне-боковых секстантов (ТК 27, 28, 31), выраженным геморрагическим симптомом, отложением небольших количеств мягкого зубного налета (рис. 4).

КПЛ-ассоциированный пародонтит при эрозивной форме чаще проявлялся как хроническое генерализованное средне-тяжелое поражение (рис. 5), в отличие от неспецифических форм отличался частыми обострениями с десквамацией и эрозивированием вестибулярной и оральной поверхностей десны (чаще верхней челюсти), с более выраженным геморрагическим симптомом, образованием глубоких пародонтальных карманов с большей вовлеченностью фуркаций (PIRI = 3,85 ± 0,30), что объективизировало более высокий риск системного инфицирования и необходимость в оказании специализированной пародонтологической помощи (CPITN = 2,81 ± 0,37).

Эритематозная форма десневого КПЛ-ассоциированного симптомокомплекса выявлялась при наличии специфических десневых проявлений (отек, деформация десны, появление геморрагий и типичных папул) у каждого второго больного с экссудативно-гиперемической формой КПЛ СОПР, всегда сочеталась с поражением других ее отделов. Эта форма десневого комплекса чаще (60,7%) проявлялась специфическим КПЛ-ассоциированными пародонтитом. КПЛ-ассоциированный гингивит протекал по типу отечной формы гипертрофического гингивита с небольшим коли-



**Рис. 3. Эрозивная форма КПЛ-ассоциированного десневого симптомокомплекса с локализацией элементов поражения на щеке (ТК 19; а), языке (ТК 39, 40, 43; б) и десне (ТК 33, 34, 37; в)**



**Рис. 4. Изолированный десквамативный гингивит II степени тяжести по I. Glickman у больного КПЛ**

чеством зубного налета (ОНИ-S =  $2,85 \pm 0,31$ ), достоверно более выраженной гиперемией и отеком вестибулярной поверхности десны обеих челюстей (РМА =  $55,80 \pm 2,99$ ), с более (в 2,5-3 раза) интенсивным, чем при неспецифическом гингивите, геморрагическим (РВІ =  $2,93 \pm 0,19$ ; ВоР =  $58,40 \pm 8,10$ ) и болевым симптомами, появлением на десне мелких папул. Специфический КПЛ-ассоциированный пародонтит протекал в легкой или средне-тяжелой форме с частыми обострениями.

Кератотическая форма десневого КПЛ-ассоциированного симптомокомплекса выявлялась при типичной (38,3%) и гиперкератотической (100%) формах заболевания, всегда сочеталась с поражением других отделов СОПР и кожи (20,5%), в полости рта чаще (59,0%) манифестировала специфическим КПЛ-ассоциированным пародонтитом. КПЛ-ассоциированный гингивит (рис. 6) проявлялся легким катаральным воспалением вестибулярной десны чаще нижних челюстных секстантов (РМА =  $35,9 \pm 6,3$ ), достоверно более высокой степенью кровоточивости в большинстве топографических зон десны (РВІ =  $1,55 \pm 0,21$ ; ВоР =  $27,90 \pm 3,01$ ), ее частой рецессией (ІR =  $12,2 \pm 4,9\%$ ), появлением на десне папул или бляшек, небольших количеств мягких зубных отложений (ОНИ-S =  $2,13 \pm 0,26$ ). Специфический КПЛ-ассоциированный пародонтит по всем исследуемым пародонтологическим по-



**Рис. 6. КПЛ-ассоциированный гингивит при кератотической форме десневого симптомокомплекса**



**Рис. 5. КПЛ-ассоциированный пародонтит при эрозивной форме десневого симптомокомплекса**

казателям достоверно не отличался от обычных форм проявления у лиц с интактной СОПР и больных КПЛ СОПР с внедесневой локализацией элементов поражения.

Проведено открытое проспективное рандомизированное клиническое исследование по сравнительной оценке эффективности разработанных нами (Либик Т. В., 2010) лечебно-гигиенических протоколов у 37 пациентов (15 мужчин и 22 женщины в возрасте от 39 до 64 лет) со специфическим КПЛ-ассоциированным пародонтитом легкой и средней степени тяжести на фоне эрозивно-язвенного КПЛ СОПР (эрозивная форма десневого КПЛ-ассоциированного симптомокомплекса). Местное лечение стоматологических проявлений распространенных форм КПЛ проводили на фоне системной терапии [14]. На этапе реабилитации, по достижении стойкой ремиссии КПЛ СОПР, осуществляли рациональное протетическое лечение [9]. На базовых точках отсчета и по завершении курсового лечения (через 2-2,5 недели) у пациентов сравниваемых групп (основная – пациенты, в комплекс пародонтологического лечения которых включали наддесневые аппликации иммуносупрессорного препарата на основе 1,0% пимекролимуса (крем «Элидел»); сравнения – пациенты, в лечебный комплекс которых включали топические высокоактивные стероиды (крем «Дермовейт»)) оценивали непосредственные результаты по динамике пародонтологи-



**Рис. 7. Топическая терапия КПЛ-ассоциированного пародонтита: аппликации медикаментозного средства на десну с помощью индивидуальной десневой каппы**

ческих и гигиенических показателей, а также стоматологического показателя КЖ ДОНIP-49-RU. Стерильные марлевые тампоны соответствующей формы и размеров имплантировали строго дозируемым количеством крема, помещали в полость рта в индивидуально изготовленной десневой капле (рис. 7) на 5 мин. («Дермовейт») или 15 мин. («Элидел») два раза в день (РП №2495 от 11.01.2010 г. и РП №2496 от 12.01.2010 г.).

Лечение проводили вплоть до полного заживления десны, но не дольше трех недель. При использовании топических стероидов параллельно назначали аппликации на десну противогрибкового 1% раствора «Канестен».

В комплекс лечения включали светотерапию Bioptron или низкоинтенсивное лазерное излучение аппаратом В-Cure Laser Dental Pro. Корректировали диетические рационы и программы индивидуальной ГПР, исключая применение средств, раздражающих СОПР. На этапах лечения рекомендовали применение экстрамягких и мягких зубных щеток (Oral-B Ultrathin Черный чай), не содержащих спирт ополаскивателей, например, Oral-B Pro-Expert, а также зубных паст без SLS (Enzycal и др.). Для профессиональной гигиены использовали наиболее атравматичные ультразвуковые технологии. У пациентов с осложненными формами КПЛ СОПР при достижении стойкой ремиссии, а также у лиц с типичной формой заболевания программы индивидуальной ГПР оптимизировали за счет включения электрических зубных щеток с датчиком давления и атравматичным режимом чистки зубов (электрические зубные щетки Oral-B Triumph или Oral-B Genius), ирригаторов с режимом «мягкой струи» (Oral-B OxyJet).

По завершении комплексного лечения у пациентов обеих групп отмечено равнонаправленная положительная динамика пародонтологических индексов. При использовании ингибиторов кальциневрина в комплексе лечения, по его завершению, достоверно снизились следующие индексы ОНI-S (на 81,2%,  $p < 0,001$ ), РМА (на 65,1%,  $p < 0,001$ ), РВI (на 72,8%,  $p < 0,001$ ), ВоР (на 61,3%,  $p < 0,05$ ). При использовании высокоактивных топических стероидов достоверно ( $p < 0,001$ ) снизились индексы: ОНI-S (на 79,7%) и РМА (на 59,8%). Динамика индексов ВоР и РВI была неоднозначной – у 22,3% пациентов индексы кровоточивости десны на фоне аппликаций топических стероидов достоверно возрастали. У трех пациентов в процессе лечения стероидами развился кандидоз СОПР, подтвержденный микробиологически.

Клиническая эффективность пародонтологического лечения у пациентов сравниваемых групп была подтверждена динамикой показателя ДОНIP-49-RU, характеризующего величину «эффекта» (результат) лечения: высокого (0,97) – у пациентов основной группы и умеренного (0,76) – у лиц группы сравнения.

### Выводы

В структуре заболеваний пародонта у больных КПЛ доминирует специфический КПЛ-ассоциированный пародонтит с выраженными отечно-болевым и геморрагическим симптомами и фиксированными на десне эрозиями и папулами, образованием глубоких пародонтальных карманов. Изолированное поражение десны в виде десквамативного гингивита выявлено у 9,1% больных КПЛ. С учетом резистентности специфических КПЛ-ассоциированных заболеваний пародонта к традиционной антибактериальной терапии их патогенетическое лечение должно включать

применение топических иммуносупрессивных и противовоспалительных препаратов – ингибиторов кальциневрина – в оригинальных надесневых капках.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гилева О. С. Заболевания слизистой оболочки полости рта: основные тренды в современной стоматологии // *Маэстро стоматологии*. 2015. №4 (60). С. 17-22.
1. Гилева О. С. Zabolevanija slizistoj obolochki polosti rta: osnovnye trendy v sovremennoj stomatologii // *Maestro stomatologii*. 2015. №4 (60). S. 17-22.
2. Гилева О. С., Белева Н. С., Позднякова А. А. и др. Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных с различной системной патологией // *Проблемы стоматологии*. 2011. №5. С. 24-29.
2. Гилева О. С., Белева Н. С., Позднякова А. А. i dr. Effektivnost' primeneniya novyh mnogokomponentnyh shem terapii krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta u bol'nyh s razlichnoj sistemoj patologiej // *Problemy stomatologii*. 2011. №5. S. 24-29.
3. Гилева О. С., Либик Т. В. Пародонтологические аспекты красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // *Вісник стоматології*. 2012. №6 (79). С. 29-32.
3. Гилева О. С., Либик Т. В. Parodontologicheskie aspekty krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta // *Visnik stomatologii*. 2012. №6 (79). S. 29-32.
4. Гилева О. С., Либик Т. В., Белева Н. С. и др. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (часть I) // *Институт стоматологии*. 2008. Т. 1. №38. С. 26-28.
4. Гилева О. С., Либик Т. В., Белева Н. С. i dr. Kompleksnaja ocenka vlijaniya zubnyh past na slizistuju obolochku polosti rta i krasnuju kajmu губ (kliniko-sociologicheskoe issledovanie) (chast' I) // *Institut stomatologii*. 2008. T. 1. №38. S. 26-28.
5. Гилева О. С., Либик Т. В., Кобус А. Б. и др. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (часть II) // *Институт стоматологии*. 2008. Т.3. №40. С. 56-59.
5. Гилева О. С., Либик Т. В., Kobus A. B. i dr. Kompleksnaja ocenka vlijaniya zubnyh past na slizistuju obolochku polosti rta i krasnuju kajmu губ (kliniko-sociologicheskoe issledovanie) (chast' II) // *Institut stomatologii*. 2008. T. 3. №40. S. 56-59.
6. Гилева О. С., Либик Т. В., Позднякова А. А. и др. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта // *Проблемы стоматологии*. 2013. №2. С. 3-9.
6. Гилева О. С., Либик Т. В., Pozdnjakova A. A. i dr. Predrakovy zabolevanija v strukture patologii slizistoj obolochki polosti rta // *Problemy stomatologii*. 2013. №2. S. 3-9.
7. Гилева О. С., Смирнова Е. Н., Позднякова А. А. и др. Особенности диагностики и лечения ксеростомического синдрома при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа // *РМЖ*. 2016. №20. С. 1340-1345.
7. Гилева О. С., Smirnova E. N., Pozdnjakova A. A. i dr. Osobennosti diagnostiki i lechenija kserostomicheskogo sindroma pri zabolevanijah parodonta i slizistoj obolochki polosti rta u pacientov s saharным diabetom 2-go tipa // *RMZh*. 2016. №20. S. 1340-1345.
8. Гилева О. С., Смирнова Е. Н., Позднякова А. А. и др. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) // *Пермский медицинский журнал*. 2012. №6 (46). С. 18-24.
8. Гилева О. С., Smirnova E. N., Pozdnjakova A. A. i dr. Struktura, faktory riska i klinicheskie osobennosti zabolevanij slizistoj obolochki polosti rta (po dannym lechebno-konsul'tativnogo priema) // *Permskij medicinskij zhurnal*. 2012. №6 (46). S. 18-24.
9. Гилева О. С., Яшина Ж. С., Либик Т. В. и др. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению // *Стоматология для всех*. 2013. №4. С. 9-14.

Gileva O. S., Jashina Zh. S., Libik T. V. i dr. Kompleksnaja stomatologicheskaja reabilitacija bol'nyh s zabojevanijami slizistoj obolochki polosti rta: racional'nye podhody k proteticheskomu lecheniju // Stomatologija dlja vseh. 2013. №4. S. 9-14.

10. Городилова Е. А., Гилева О. С., Кошкин С. В. и др. Междисциплинарные подходы к комплексному лечению больных с распространенным красным плоским лишаем кожи и слизистой оболочки рта: роль протетического лечения // Вятский медицинский вестник. 2016. №4 (52). С. 20-26.

Gorodilova E. A., Gileva O. S., Koshkin S. V. i dr. Mezhdisciplinarnye podhody k kompleksnomu lecheniju bol'nyh s rasprostranennym krasnym ploskim lishaem kozhi i slizistoj obolochki rta: rol' proteticheskogo lechenija // Vjatskij medicinskij vestnik. 2016. №4 (52). S. 20-26.

11. Мороз П. В., Орехова Л. Ю., Ломова А. С. Отличительные особенности пародонтологического статуса больных при эндодонтологическом синдроме // Пародонтология. 2015. Т. 20. №4 (77). С. 53-58.

Moroz P. V., Orehova L. Ju., Lomova A. S. Otlichitel'nye osobennosti parodontologicheskogo statusa bol'nyh pri jendoparodontal'nom syndrome // Parodontologija. 2015. T. 20. №4 (77). S. 53-58.

12. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Гусева А. В. Патогенетическое лечение тяжелых форм плоского лишая слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. 2015. №1 (73). С. 24-26.

Rabinovich O. F., Rabinovich I. M., Guseva A. V. Patogeneticheskoe lechenie tjazhelyh form ploskogo lishaja slizistoj obolochki rta // Klinicheskaja stomatologija. 2015. №1 (73). S. 24-26.

13. Сычева Ю. А., Горбачева И. А., Орехова Л. Ю. Применение метаболитической терапии у полиморбидных больных с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне гипертонической болезни // Пародонтология. 2016. Т. 21. №2 (79). С. 39-42.

Sycheva Ju. A., Gorbacheva I. A., Orehova L. Ju. Primenenie metabolicheskoy terapii u polimorbidnyh bol'nyh s vospalitel'nymi zabojevanijami parodonta na fone gipertonicheskoj bolezni // Parodontologija. 2016. T. 21. №2 (79). S. 39-42.

14. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем / В.В. Чикин, А.А. Минеева.—М., 2013.—19 с.

Federal'nye klinicheskie rekomendacii po vedeniju bol'nyh krasnym ploskim lishaem / V.V. Chikin, A.A. Mineeva.—M., 2013.—19 s.

15. Agha-Hosseini F., Sheykhbahaei N., SadrZadeh-Afshar M.S. Evaluation of Potential Risk Factors that contribute to Malignant Transformation of Oral Lichen Planus: A Literature Review // J Contemp Dent Pract. 2016. Aug 1. Vol. 17. №8. P. 692-701.

16. Armitage G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions // Ann Periodontol. 1999. Vol. 4. №1. P. 1-6.

17. Gileva O. S., Libik T. V., Danilov K. V. Oral precancerous lesions: Problems of early detection and oral cancer prevention // Physics of Cancer: Interdisciplinary Problems and Clinical Applications (PC'16): Proceedings of the International Conference on Physics of Cancer: Interdisciplinary Problems and Clinical Applications 2016—AIP Conf. Proc. 1760, 020019 (2016).—<http://dx.doi.org/10.1063/1.4960238>.

18. Gileva O., Libik T.V., Khaliavina I. et al. Oral health-related quality of life in patients with non-specific ulceronecrotic oral mucosal lesions // Oral Diseases. 2008. №14. P. 24.

19. Jandinski J. J., Shklar G. Lichen planus of the gingival // J Periodontol. 1976. Vol. 47. №12. P. 724-733.

20. Mignogna M. D., Lo Russo L., Fedele S. Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients // J Clin Periodontol. 2005. Oct. Vol. 32. №10. P. 1029-1033.

21. Nuzzolo P., Celentano A., Buccì P. et al. Lichen planus of the lips: an intermediate disease between the skin and mucosa? Retrospective clinical study and review of the literature // Int J Dermatol. 2016. Sep. Vol. 55. №9. P. e473-481.—doi: 10.1111/ijd.13265.

22. Rai N. P., Kumar P., Mustafa S. M. et al. Relation between periodontal status and pre-cancerous condition (oral lichen planus): a pilot study // Adv Clin Exp Med. 2016 Jul-Aug. Vol. 25. №4. P. 763-766.—doi: 10.17219/acem/59014.

23. Vaillant L., Chauchaix-Barthes S., Huttenberger B. et al. Chronic desquamative gingivitis syndrome: a retrospective analysis of 33 cases // Ann Dermatol Venereol. 2000. Vol. 127. №4. P. 381-387.

24. Yoshida M., Maeyama Y., Yasumoto S. et al. Vulvo-vaginal-gingival syndrome of lichen planus // Int J Dermatol. 2006. Oct. Vol. 45. №10. P. 1252-1254.

**Поступила 03.04.2017**

*Координаты для связи с авторами:  
614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26*



## ООО «Поли Медиа Пресс» **КНИЖНАЯ ПОЛКА**

представляет брошюру в помощь врачу при работе с пациентом  
(издание четвертое)

**48 страниц,  
более 50 фотографий.**

Брошюра содержит страницу пациента, где размещаются график посещений, рекомендации и назначения врача. Врач наглядно может объяснить причины возникновения, профилактику и этапы лечения заболеваний пародонта.

**Издание максимально  
повысит знания вашего пациента  
о заболеваниях пародонта.**

**«Болезни пародонта»  
(пособие для пациентов)**

Автор: А.Ю. Февралева

**Заказ: +7 (495) 781-28-30, 956-93-70, +7 (499) 678-26-58,  
+7 (903) 969-07-25**

**E-mail: [dostavka@stomgazeta.ru](mailto:dostavka@stomgazeta.ru)**