



Оригинальная статья

Частота и особенности различных форм красного плоского лишая в Московской области

Молочкова Ю.В.¹ • Молочков В.А.¹ • Гринева Н.К.²

Молочкова Юлия Владимировна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии¹

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–2, Российская Федерация.
Тел.: +7 (926) 554 25 44.
E-mail: yulia.molochkova@yandex.ru

Молочков Владимир Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии, заведующий кафедрой дерматовенерологии и дерматоонкологии факультета усовершенствования врачей¹

Гринева Наталия Константиновна – студент²

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41, Российская Федерация

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) считается актуальной проблемой здравоохранения в связи с его нарастающей частотой и наличием тяжелых, трудно поддающихся лечению типичных, атипичных и озлокачествляющихся форм заболевания. При этом точные данные о распространенности КПЛ отсутствуют. **Цель** – оценить частоту встречаемости различных форм КПЛ в популяции пациентов Московской области. **Материал и методы.** Проанализированы данные обследования 338 больных КПЛ, получавших стационарное лечение в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в 1999–2017 гг. **Результаты.** Среди 338 больных КПЛ у 81 (23,96%) был диагностирован атипичный КПЛ кожи: гипертрофическая форма отмечена в 31 (38,27%), пигментная – 23 (28,4%), атрофическая – 11 (13,58%), фолликулярная – 8 (9,88%), усеченная – 3 (3,7%), буллезная – 1 (1,23%), эритематозная – 1 (1,23%), вульвовагинально-гингивальный синдром – 2 (2,47%) и синдром Гриншпана – Потекаева – 1 (1,23%) случае. У 35 (43,21%) пациентов атипичный КПЛ кожи ассоциировался с атипичным КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР): в 17 (48,57%) наблюдениях с гиперкератотическим, в 11 (31,43%) – с эрозивно-язвенным, в 7 (20%) – с экссудативно-гиперемическим. В 19 (23,46%) случаях атипичный КПЛ кожи ассоциировался с КПЛ слизистых оболочек половых органов, в том числе: в 12 (63,16%) – с типичной сетчатой, в 6 (31,58%) – с атипичной эрозивно-язвенной и в 1 (5,26%) – с гипертрофической формами.

У 16 (4,73%) больных атипичный КПЛ СОПР носил изолированный характер и был представлен экссудативно-гиперемической формой – у 6 (37,5%), эрозивно-язвенной – у 5 (31,25%) и гиперкератотической – у 5 (31,25%) пациентов. Наиболее тяжелое течение дерматоза было отмечено при фолликулярной, атрофической, гипертрофической формах КПЛ кожи, вульвовагинально-гингивальном синдроме, а также при эрозивно-язвенной форме атипичного КПЛ СОПР. **Заключение.** Атипичный КПЛ, диагностированный у 81 (23,96%) пациента, в 45 (55,6%) случаях ассоциировался с КПЛ СОПР. Последний в 35 (43,21%) случаях был представлен атипичным КПЛ СОПР, в том числе в 11 (31,43%) наблюдениях облигатно предраковым – эрозивно-язвенным КПЛ, что указывает на необходимость соблюдения онкологической настороженности при ведении этой категории больных.

Ключевые слова: красный плоский лишай, атипичные формы красного плоского лишая кожи, атипичные формы красного плоского лишая полости рта

Для цитирования: Молочкова ЮВ, Молочков ВА, Гринева НК. Частота и особенности различных форм красного плоского лишая в Московской области. Альманах клинической медицины. 2018;46(1):82–7. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-1-82-87.

Поступила 14.02.2018;
принята к публикации 05.03.2018



Красный плоский лишай (КПЛ) признан актуальной проблемой вследствие относительно высокой частоты, а также наличия тяжело протекающих, трудно поддающихся лечению типичных и атипичных форм заболевания [1]. Вместе с тем точные данные о распространенности КПЛ отсутствуют. Отмечается лишь варьирование в разных регионах мира его популяционной частоты (от 0,4 до 2,5%) [2–5] и доли среди других дерматозов (от 0,5 до 5%) [6, 7]. При этом важными препятствиями к изучению эпидемиологии КПЛ служат существенные различия не только в частоте обращаемости больных КПЛ к стоматологам и дерматологам (0,64 и 0,1% соответственно), но и в оценке частоты сочетанного поражения полости рта и кожи дерматологами (50%) [8] и стоматологами (6%) [9].

В целом среди больных с поражением кожи в дерматологических учреждениях распространенность КПЛ оценивается в 1%, в соматических стационарах – 5%, а в структуре заболеваний полости рта – 1–2% [10]. В начале XXI в. распространенность КПЛ среди других дерматозов возросла примерно вдвое, при этом женщины болеют в 4 раза чаще мужчин; показательно, что мужчины болеют чаще в молодом возрасте, а женщины – в возрасте более 60 лет [10].

Что касается распространенности атипичных форм КПЛ, то она остается не изученной как дерматологами, так и стоматологами. Между тем на высокую распространенность атипичного КПЛ указывал целый ряд отечественных и зарубежных исследователей, считающих это заболевание важной междисциплинарной проблемой современной медицины, в решении которой наиболее важная роль принадлежит дерматовенерологам и клиническим стоматологам, поскольку поражение полости рта при КПЛ кожи отмечается в 50% случаев и чаще [6, 11].

Частое сочетание кожных форм КПЛ с предраковым эрозивно-язвенным КПЛ полости рта свидетельствует о том, что врачам необходимо проявлять противоонкологическую настороженность и проводить обследование для исключения у таких пациентов соматической патологии, в том числе гепатита С. Как показали С.А. Ханова и соавт. (2014), вероятность злокачественного перерождения КПЛ полости рта у женщин вдвое выше, чем у мужчин, а при гепатите С риск малигнизации увеличивается втрое независимо от пола [12].

Интерес врачей к атипичному КПЛ обусловлен его особым упорством к проводимой терапии и статистически значимой частотой малигнизации целого ряда клинических форм, прежде всего

эрозивно-язвенной. Однако раннее выявление атипичного КПЛ способствует предотвращению его злокачественной трансформации и развития связанных с ним стриктур влагаллица, уретры, пищевода [13–17].

Как и КПЛ в целом, атипичный КПЛ чаще поражает взрослых людей после 40 лет, преимущественно женщин [16].

Цель исследования – изучение эпидемиологических особенностей типичного и атипичного КПЛ в Московской области.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 338 пациентов, получавших стационарное лечение в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 1999 по 2017 г. Большинство пациентов были женщины – 217 (64,2%). Возраст больных КПЛ варьировал от 17 до 85 (в среднем $49 \pm 10,4$) лет, длительность болезни – от 1,5 месяцев до 40 лет (2 года [7 месяцев; 3 года]).

В исследование были включены пациенты с клиническим и гистологическим диагнозом КПЛ с применением классификации С.И. Довжанского и Н.А. Слесаренко (1990), а также А.Л. Машкиллейсона (1984), усовершенствованной на кафедре кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова в 2002 г. [18, 19]. Основываясь на указанных классификациях, были отобраны 97 пациентов с атипичным КПЛ для сопоставления частоты различных форм атипичного КПЛ кожи и атипичного КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР). При этом исследовалась частота ассоциации с атипичным КПЛ кожи и эрозивно-язвенного, гипертрофического и экссудативно-гиперемического КПЛ СОПР, локализация элементов, пол и возраст пациентов.

Гистологические критерии включали гиперкератоз, неравномерный гранулез, акантоз с неравномерным удлинением сосочков дермы, вакуольную дистрофию базального слоя эпидермиса, диффузный полосовидный инфильтрат в верхней половине дермы, периваскулярный инфильтрат более глубоких отделов дермы.

Для описания количественных данных рассчитывали средние арифметические значения и стандартные отклонения ($M \pm SD$) либо медианы и квартили ($Me [LQ; UQ]$), если распределение переменной отличалось от нормального. Для анализа качественных данных рассчитывали абсолютные и относительные (в %) значения. Анализ проводили в программе Statistica 13.2 (Dell inc., США).

**Таблица 1.** Клинические формы атипичного красного плоского лишая кожи и слизистой оболочки полости рта

Форма на коже	Форма на слизистой оболочке полости рта				Всего поражений кожи
	сетчатая	гиперкератотическая	эрозивно-язвенная	экссудативно-гиперемическая	
Всего (n = 81)	10	17	11	7	45
Пигментная (n = 23)	2	6	2	3	13
Гипертрофическая (n = 31) [*]	3	10	2	2	17
Атрофическая (n = 13) [†]	5	1	4	2	12
Фолликулярная (n = 9) [‡]	–	–	3	–	3
Эритематозная (n = 1)	–	–	–	–	–
Буллезная (n = 1)	–	–	–	–	–
Усеченная (n = 3)	–	–	–	–	–

^{*} В том числе 1 случай синдрома перекрытия гипертрофического красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки

[†] В том числе 1 случай вульвовагинально-гингивального синдрома и 1 случай синдрома Гриншпана – Потеекаева

[‡] В том числе 1 случай вульвовагинально-гингивального синдрома

Результаты

У 241 (71,3%) больного был диагностирован типичный КПЛ. Из 97 (28,7%) пациентов с атипичным КПЛ в 81 (23,96%) случае заболевание было представлено атипичным КПЛ кожи (в том числе с поражением слизистой оболочки полости рта и половых органов) и в 16 (4,73%) – изолированным атипичным КПЛ СОПР.

Ассоциация атипичного КПЛ кожи с поражением полости рта отмечена в 45 (55,56%) случаях: в 10 (22,22%) наблюдениях это был типичный КПЛ полости рта, а в 35 (77,78%) – атипичный КПЛ СОПР (табл. 1).

Атипичный КПЛ кожи был представлен гипертрофической формой в 31 (38,27%), пигментной – в 23 (28,4%), атрофической – в 11 (13,58%), фолликулярной – в 8 (9,88%), усеченной – в 3 (3,7%),

буллезной – в 1 (1,23%), эритематозной – в 1 (1,23%) случае. Вульвовагинально-гингивальный синдром был диагностирован в 2 (2,47%), синдром Гриншпана – Потеекаева – в 1 (1,23%) наблюдении.

Ассоциация атипичного КПЛ кожи с атипичным КПЛ СОПР была в 35 (43,21%) случаях. Последний был представлен гиперкератотической формой у 17 (48,57%), эрозивно-язвенной – у 11 (31,43%), экссудативно-гиперемической – у 7 (20%) пациентов (см. табл. 1). Изолированный атипичный КПЛ СОПР выявлялся у 16 (4,73%) больных и следующим образом распределялся по формам: экссудативно-гиперемическая форма отмечена у 6 (37,5%), эрозивно-язвенная – у 5 (31,25%) и гиперкератотическая – у 5 (31,25%) пациентов.

Таким образом, атипичный КПЛ СОПР был у 51 (52,58%) из 97 больных атипичным КПЛ. У 16 (31,37%) была эрозивно-язвенная, у 22 (43,14%) – гиперкератотическая и у 13 (25,49%) – экссудативно-гиперемическая форма. Данные о локализации атипичного КПЛ СОПР приведены в табл. 2.

Сочетание атипичного КПЛ кожи с КПЛ слизистой оболочки половых органов отмечено в 19 (23,46%) случаях: в 12 (63,16%) – с типичной сетчатой, в 6 (31,58%) – с атипичной эрозивно-язвенной и в 1 (5,26%) – с гиперкератотической формой (табл. 3).

В общей сложности слизистые оболочки (полости рта и половых органов) при атипичном КПЛ кожи были поражены у 50 (61,73%) больных.

Таблица 2. Локализация атипичных форм красного плоского лишая полости рта^{††}

Локализация	Количество больных, абс. (%)
Щеки	29 (56,9)
Десны	12 (23,5)
Губы	16 (31,4)
Небо	8 (15,7)
Язык	7 (13,7)
Дно полости рта	4 (7,8)

[†] В 40 случаях имелось поражение более одного участка слизистой оболочки полости рта

^{††} В 4 случаях эрозивно-язвенная форма развилась на фоне атипичных форм поражений, в 3 – на фоне экссудативно-гиперемической формы, в 1 – на фоне гиперкератотической

**Таблица 3.** Клинические формы атипичного красного плоского лишая кожи и слизистой оболочки половых органов

Форма на коже	Форма на слизистой оболочке половых органов			Всего поражений кожи
	сетчатая	гиперкератотическая	эрозивно-язвенная	
Всего (n = 81)	12	–	7	19
Пигментная (n = 23)	3	–	2	5
Гипертрофическая (n = 31) [*]	–	1	–	1
Атрофическая (n = 13) [†]	7	–	3	10
Фолликулярная (n = 9) [‡]	2	–	1	3
Эритематозная (n = 1)	–	–	–	–
Буллезная (n = 1)	–	–	–	–
Усеченная (n = 3)	–	–	–	–

^{*}В том числе 1 случай синдрома перекрытия гипертрофического красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки

[†]В том числе 1 случай вульвовагинально-гингивального синдрома и 1 случай синдрома Гриншпана – Потеева

[‡]В том числе 1 случай вульвовагинально-гингивального синдрома

Обсуждение

Существуют многочисленные описания поражения КПЛ слизистых оболочек полости рта, половых органов, конъюнктивы, пищевода, прямой кишки, в связи с чем в соответствующих разделах медицины подробно анализируются гинекологические, урологические, гастроэнтерологические аспекты данного заболевания. Все они должны учитываться дерматологами при изучении эпидемиологии КПЛ. В частности, по информации зарубежных стоматологов, у 40% пациентов имеют место сочетанные поражения кожи и слизистой оболочки полости рта, в 35% поражается только кожа, а изолированные поражения слизистой оболочки полости рта при КПЛ выявляются у 25% пациентов [20]. По сводным данным С.С. Григорьева и соавт. (2014), распространенность изолированных форм КПЛ полости рта в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта в регионах Российской Федерации существенно различается и варьирует в диапазоне от 17 до 35% [21]. При этом типичная форма КПЛ полости рта протекает асимптомно и чаще выявляется не стоматологами, а дерматологами во время осмотра пациентов с кожными проявлениями КПЛ. В целом типичная форма КПЛ, по данным отечественных дерматологов, встречается в 76% случаев [3, 22]. Это не противоречит результатам нашего исследования, в соответствии с которыми типичный КПЛ кожи имел место в 71,3% случаев.

Важнейшей задачей настоящего исследования было изучение ассоциации атипичного

КПЛ кожи с атипичным КПЛ СОПР, поскольку сведений о частоте типичных и атипичных поражений слизистых оболочек полости рта при атипичном КПЛ кожи нами в литературе найдено не было. В этой связи принципиально важное значение имеет установление нами в 45 (55,6%) случаях ассоциации атипичного КПЛ с КПЛ СОПР, в том числе в 35 (43,21%) случаях – с атипичным КПЛ СОПР, включая в 11 (31,37%) и 22 (43,14%) наблюдениях факультативно предраковые формы – эрозивно-язвенную и гиперкератотическую соответственно. Это не только свидетельствует о высокой частоте ассоциации атипичного КПЛ кожи и атипичного, в том числе предракового КПЛ СОПР, но и указывает на необходимость отличия последних от плоскоклеточного рака, а также на актуальность разработки в отношении больных с предраковыми поражениями КПЛ более эффективных методов лечения.

Заключение

Атипичный КПЛ кожи был диагностирован в 81 (23,96%) случае среди 338 больных КПЛ. При этом в 45 (55,6%) наблюдениях он ассоциировался с КПЛ СОПР, в том числе в 35 (43,21%) – с атипичным, причем в 11 (31,37%) и 22 (43,14%) случаях – с факультативно предраковым: эрозивно-язвенным и гиперкератотическим соответственно. Полученные данные подтверждают необходимость проявлять онкологическую настороженность при ведении этой категории больных. ©

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Работа проведена без привлечения дополнительного финансирования со стороны третьих лиц.



Литература

1. Мигалова ЕМ, Столяров ДИ, Тузлукова ЕБ. Клинический случай красного плоского лишая на коже и слизистых оболочках. Доктор. Ру. 2014;(5):51–8.
2. Анисимова ЛИ, Харченко ВВ, Исаенко ТП, Новикова АА. Анализ трансформации интегративных индексов, характеризующих качество жизни и локальный статус больных красным плоским лишаем и их изменения под влиянием традиционной терапии. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014;26(11–1):19–24.
3. Юсупова ЛА, Хайретдинова КФ. Современный взгляд на проблему красного плоского лишая. Лечащий врач. 2015;(7):61–5.
4. Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Karıncaoğlu Y. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007;77(2):198–202. doi: 10.1016/j.diabres.2006.12.016.
5. Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22(4):437–41. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02458.x.
6. Скрипкин ЮК, Бутов ЮС, ред. Клиническая дерматовенерология: руководство. В 2 томах. Т. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 928 с.
7. Burgdorf W, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, editors. *Braun-Falco's Dermatology.* 3rd edition. Berlin – Heidelberg: Springer-Verlag; 2009. 1711 p.
8. Fitzpatrick J, Morelli J. *Dermatology Secrets Plus.* 5th edition. Elsevier; 2015. 544 p.
9. Omal P, Jacob V, Prathap A, Thomas NG. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in southern India. *Indian J Dermatol.* 2012;57(2):107–9. doi: 10.4103/0019-5154.94276.
10. Sousa FA, Rosa LE. Oral lichen planus: clinical and histopathological considerations. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(2):284–92. doi: 10.1016/S1808-8694(15)31102-2.
11. Fitzpatrick SG, Honda KS, Sattar A, Hirsch SA. Histologic lichenoid features in oral dysplasia and squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;117(4):511–20. doi: 10.1016/j.oooo.2013.12.413.
12. Ханова СА, Сирак СВ, Быков ИМ, Сирак АГ. Клинико-биохимические аспекты местной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. *Пародонтология.* 2014;19(2):13–8.
13. Молочков ВА, Прокофьев АА, Переверзева ОЭ, Бобров МА. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2011;(1):30–6.
14. Чуйкин СВ, Акмалова ГМ. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение. *Казанский медицинский журнал.* 2014;95(5):680–7.
15. Olson MA, Rogers RS 3rd, Bruce AJ. Oral lichen planus. *Clin Dermatol.* 2016;34(4):495–504. doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.023.
16. Shiohara T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid dermatoses. In: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J, editors. *Dermatology.* 3rd edition. In 2 volumes. Vol. 1. London: Mosby Elsevier; 2012. p. 183–96.
17. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(1):45–56. doi: 10.14219/jada.2013.10.
18. Довжанский СИ, Слесаренко НА. Красный плоский лишай. Саратов: Издательство СГУ; 1990. 176 с.
19. Петрова ЛВ. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2002;(3):28–31.
20. DeRossi SS, Ciarrocca KN. Lichen planus, lichenoid drug reactions, and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am.* 2005;49(1):77–89, viii. doi: 10.1016/j.cden.2004.08.004.
21. Григорьев СС, Жовтяк ПБ, Летаева ОВ. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. Обзор литературы. *Уральский медицинский журнал.* 2014;(5):8–15.
22. Михеев ГН, Красносельских ТВ, Ястребов ВВ, Григорян АЭ. Редкая форма поражения ладоней и подошв при красном плоском лишае. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2014;(6):136–43. doi: 10.25208/0042-4609-2014-0-6-136-143.

References

1. Migalova EM, Stolyarov DI, Tuzlukova EB. Clinical case: lichen planus of skin and mucous membranes. *Doctor.ru.* 2014;(5):51–8. Russian.
2. Anisimova LI, Kharchenko VV, Isaenko TP, Novikova AA. The analysis of the integrative transformation of the indexes characterizing the life quality of the patients with lichen ruber planus and changes under the influence of traditional therapy. *Belgorod State University Scientific Bulletin. Series Medicine. Pharmacy.* 2014;26(11–1):19–24. Russian.
3. Yusupova LA, Khayretdinova KF. Modern ideas about the possibilities of lichen planus therapy. *Lechaschii Vrach Journal.* 2015;(7):61–5. Russian.
4. Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Karıncaoğlu Y. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007;77(2):198–202. doi: 10.1016/j.diabres.2006.12.016.
5. Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22(4):437–41. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02458.x.
6. Skripkin YuK, Butov YuS, editors. *Clinical dermатовенерология.* In 2 vol. Vol. 2. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 928 p. Russian.
7. Burgdorf W, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, editors. *Braun-Falco's Dermatology.* 3rd edition. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009. 1711 p.
8. Fitzpatrick J, Morelli J. *Dermatology Secrets Plus.* 5th edition. Elsevier; 2015. 544 p.
9. Omal P, Jacob V, Prathap A, Thomas NG. Prevalence of oral, skin, and oral and skin lesions of lichen planus in patients visiting a dental school in southern India. *Indian J Dermatol.* 2012;57(2):107–9. doi: 10.4103/0019-5154.94276.
10. Sousa FA, Rosa LE. Oral lichen planus: clinical and histopathological considerations. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(2):284–92. doi: 10.1016/S1808-8694(15)31102-2.
11. Fitzpatrick SG, Honda KS, Sattar A, Hirsch SA. Histologic lichenoid features in oral dysplasia and squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;117(4):511–20. doi: 10.1016/j.oooo.2013.12.413.
12. Khanova SA, Sirak SV, Bykov IM, Sirak AG. Lichen planus of the oral mucosa: an opportunity for local treatment against a background of general therapy. *Periodontology.* 2014;19(2):13–8. Russian.



13. Molochkov VA, Prokofiev AA, Pereverseva OE, Bobrov MA. Clinical features of different forms of lichen planus. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2011;(1):30–6. Russian.
14. Chuykin SV, Akmalova GM. Oral mucosa lichen planus: clinical forms, treatment. *Kazan Medical Journal*. 2014;95(5):680–7. Russian.
15. Olson MA, Rogers RS 3rd, Bruce AJ. Oral lichen planus. *Clin Dermatol*. 2016;34(4):495–504. doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.023.
16. Shiohara T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid dermatoses. In: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J, editors. *Dermatology*. In 2 volumes. 3rd edition. Vol. 1. London: Mosby Elsevier; 2012. p. 183–96.
17. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(1):45–56. doi: 10.14219/jada.2013.10.
18. Dovzhanskiy SI, Slesarenko NA. Lichen planus. Saratov: Izdatel'stvo SGU; 1990. 176 p. Russian.
19. Petrova LV. Clinical features of oral lichen planus. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2002;(3):28–31. Russian.
20. DeRossi SS, Ciarrocca KN. Lichen planus, lichenoid drug reactions, and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am*. 2005;49(1):77–89, viii. doi: 10.1016/j.cden.2004.08.004.
21. Grigoriev SS, Zhovtyak PB, Letaeva OV. Oral lichen planus. Review. *Ural Medical Journal*. 2014;(5):8–15. Russian.
22. Mikheyev GN, Krasnoselskikh TV, Yastrebov VV, Grigorian AE. A rare presentation of palmo-plantar lichen planus. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2014;(6):136–43. Russian. doi: 10.25208/0042-4609-2014-0-6-136-143.

Prevalence and characteristics of various types of lichen planus in the Moscow Region

Yu.V. Molochkova¹ • V.A. Molochkov¹ • N.K. Grineva²

Rationale: Lichen planus (LP) is an important problem for the healthcare due to its increasing prevalence, as well as typical, atypical and prone to malignization types of the disease that can be both severe and poorly responding to treatment. Accurate data on the prevalence of LP are lacking. **Aim:** To assess the prevalence of various LP types in the patient population of the Moscow Region. **Materials and methods:** We analyzed the results of examination of 338 patients with LP, who were getting standard treatment in the Department of Dermatovenereology and Dermato-oncology of the Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI) in 1999 to 2017. **Results:** Among 338 LP patients, atypical LP of the skin was diagnosed in 81 (23.96%): hypertrophic type, in 31 (38.27%), pigmented, in 23 (28.4%), atrophic, in 11 (13.58%), follicular, in 8 (9.88%), lichen obtusus, in 3 (3.7%), bullous, in 1 (1.23%), erythematous, in 1 (1.23%), vulvovaginal-gingival syndrome, in 2 (2.47%), and Grinspan's syndrome, in 1 (1.23%). In 35 (43.21%) of patients, cutaneous LP was associated with atypical oral LP (OLP): in 17 (48.57%) of cases with hyperkeratotic, in 11 (31.43%), with erosive, and in 7 (20%), with exudative-hyperemic type. In 19 (23.46%) cases, atypical cutaneous LP was associated with LP of the genital mucosae, including in

12 (63.16%) cases with a typical reticular type, in 6 (31.58%), with atypical erosive, and in 1 (5.26%), with hypertrophic type. In 16 (4.73%) of the patients there was atypical OLP only; in 6 (37.5%) of them it had the exudative-hyperemic type, in 5 (31.25%), erosive, and in 5 (31.25%), hyperkeratotic. The most severe course of the dermatosis was observed for follicular, atrophic, hypertrophic types of cutaneous LP, vulvovaginal-gingival syndrome, and erosive OLP. **Conclusion:** Atypical LP was diagnosed in 81 (23.96%) cases, and in 45 (55.6%) cases it was associated with the OLP. The latter in 35 (43.21%) of cases was characterized by atypical lesions of OLP, including 11 (31.43%) cases of oblique precancerous erosive LP, which necessitates that this patient category should be managed with high cancer vigilance.

Key words: lichen planus, atypical cutaneous lichen planus, atypical oral lichen planus

For citation: Molochkova YuV, Molochkov VA, Grineva NK. Prevalence and characteristics of various types of lichen planus in the Moscow Region. *Almanac of Clinical Medicine*. 2018;46(1):82–7. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-1-82-87.

Received 14 February 2018; accepted 5 March 2018

Yulia V. Molochkova – MD, PhD, Senior Research Fellow, Dermatovenereology and Dermato-oncology Department¹
 ✉ 61/2–2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (926) 554 25 44.
 E-mail: yulia.molochkova@yandex.ru

Vladimir A. Molochkov – MD, PhD, Professor, Head of the Dermatovenereology and Dermato-oncology Department; Head of the Chair of Dermatovenereology and Dermato-oncology, Postgraduate Training Faculty¹

Natalia K. Grineva – Student²

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41 Kirochnaya ul., Saint Petersburg, 191015, Russian Federation

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.