

УДК 618.12: 616. 525

© Н. С. Луценко, И. А. Евтерева, М. В. Киосова 2013.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ В ГИНЕКОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Н. С. Луценко, И. А. Евтерева, М. В. Киосова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор Н. С. Луценко), Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»; 69097, Украина, г. Запорожье, бул. Винтера, 20; E-mail: kiosovv@rambler.ru

LICHEN PLANUS IN GYNECOLOGY (LITERATURE REVIEW)

N. S. Lutsenko, I. A. Yevtereva, M. V. Kiosova

SUMMARY

The studying of Lichen Planus in gynecology is actual, since there is no information on this problem in modern medical literature. However, some forms of this disease can be a cause of cancer. There are many various theories of Lichen Planus development in literature, such as viral, neurogenic, hereditary and immunoallergic theories. of Lichen Planus can effect the skin, nails, the mucous membrane of the oral cavity, cheeks, tongue, gums, the hard and soft palate, the red border of lips, the gullet, intestines, anus, the mucous membranes of genitals, the endometrium, the bladder epithelium. About 25% of patients with Lichen Planus have only the mucous membranes (the oral cavity, the penis head, the vestibule of the vagina) diseased, with no manifestations on the skin. On mucous membranes, Lichen Planus shows itself in form of whitish and marmoreal nodules, sometimes with a bluish shade, positioned against pink-colored mucous. Small nodules can look like opal porcelain-color spots forming patterns of laces, trees branches, fern leaves. The article presents the etiology, pathogenesis, clinical and histological records, and the methods of diagnostics of this disease.

ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ У ГИНЕКОЛОГІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Н. С. Луценко, І. А. Євтерєва, М. В. Кіосова

РЕЗЮМЕ

Вивчення проблеми червоного плоского лишая у гінекології дуже актуальне, тому що у сучасній науковій медичній літературі дуже мало інформації стосовного цього захворювання. Проте деякі форми червоного плоского лишая можуть привести до раку. У сучасній медичній літературі розглядаються різні теорії виникнення червоного плоского лишая, такі як вірусна, нейрогенна, спадкова та імуноалергічна. Ураження червоного плоского лишая зустрічаються на шкірі, нігтях, на слизовій оболонці ротової порожнини, щок, язика, твердого та м'якого піднебіння, червоної лінії губи, стравоходу, кишківника, ануса, слизових оболонках статевих органів, ендометрія, епітелії сечового міхура. Близько 25,0% хворих на червоний плоский лишай мають ураження тільки на слизових оболонках (ротова порожнина, голівка статевого члена, переддвер'я піхви) і можуть з'являтися до уражень на шкірі. На слизових оболонках червоний плоский лишай з'являється у вигляді білувато-мармурових папул на фоні рожевого забарвлення слизової оболонки. Маленькі вузлики можуть бути у вигляді фарфорових плям, які нагадують малюнок мережива, гілок дерев, листя папороті. У статті викладено дані про етіологію, патогенез, клініку, гістологію і методи діагностики червоного плоского лишая у гінекології.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка, гинекология, клинические формы, гистология, диагностика.

Красный плоский лишай (КПЛ) (lichen ruber planus) – это хроническое воспалительное узелковое заболевание, при котором поражается кожа, слизистые оболочки, ногтевые пластинки и волосы [7, 14, 16, 22].

Термин «lichen ruber» был впервые предложен в 1861 Ferdinand Hebre, а английский дерматолог Е. Вильсон в 1869 г. впервые дал клиническое описание этого заболевания. В отечественной литературе первооткрывателем стал В. М. Бехтерев (1881). Сочетанное поражение кожи и слизистых было показано еще в работах А. И. Поспелова (1881-1886), А. Г. Полотебнова (1881). А. И. Поспелов описал красный плоский лишай на слизистых оболочках в виде беловато-перламутровых плоских узелков в форме резко очерченных колечек или атрофиро-

ванных узелков [3, 6]. Более детально поражение слизистой оболочки при КПЛ изучали Б. М. Пашков, А. Л. Машкиллейсон, Е. Ф. Беляева, Б. Г. Стоянов, Е. И. Абрамова [6, 11].

Чаще всего красный плоский лишай встречается среди болезней слизистой оболочки рта и составляет 35,0%, среди кожных заболеваний составляет 0,8-2,5%, а вот в структуре гинекологических заболеваний частота встречаемости не определена [1, 3, 6].

Данное заболевание может возникнуть в любом возрасте и у обоих полов, хотя поражения кожи чаще встречается у мужчин, а слизистая оболочка чаще поражается у женщин от 40 до 60 лет [6, 9, 21].

Изучение красного плоского лишая привлекает внимание не только дерматологов, но и стомато-

логов, невропатологов, терапевтов, гинекологов. Данное заболевание кожи и слизистых оболочек включает в себя самые разнообразные клинические проявления и наличие атипических форм, поэтому диагностика красного плоского лишая должна основываться на комплексном изучении клинической картины поражения, гистологического заключения, выявлении индивидуальных особенностей и связи с другими болезнями.

Различными авторами высказывается мнение о том, что при неблагоприятном течении красного плоского лишая может происходить перерождение в карциному [14, 22, 25]. Чаще всего малигнизация происходит при поражении слизистых оболочек и при атипических формах (буллезной, эрозивно-язвенной и веррукозной) [5, 13]. Существуют данные о возможном переходе гиперкератической формы красного плоского лишая в кератоакантому [6, 24, 25].

Изучение данного заболевания является важной междисциплинарной проблемой, так как не определены четкие критерии этиопатогенеза, диагностики, и существует риск опухолевой трансформации пораженных очагов. Несмотря на то, что история изучения этого заболевания насчитывает более 100 лет, единой, нашедшей всеобщее признание, гипотезы этиологии и патогенеза красного плоского лишая пока не существует. В настоящее время красный плоский лишай принято рассматривать как мультифакторное заболевание. Сегодня в современной литературе рассматриваются различные теории развития красного плоского лишая, такие как вирусная, неврогенная, наследственная, интоксикационная и иммуноаллергическая [1, 2, 10].

Данные многих ученых указывают на роль вирусной инфекции (Schwanbeck, Thyteson 1964, Jonson, Fry 1967; Vasus 1958). Четких доказательств в пользу вирусной этиологии нет, но красный плоский лишай может возникать на фоне дремлющей инфекции (вируса), активирующейся под влиянием провоцирующих раздражителей. На фоне нарушения иммунитета, персистенции вирусной инфекции создаются условия для трансформации в злокачественное новообразование. В ряде работ показана четкая корреляционная связь между снижением иммунитета и возникновением и лечением красного плоского лишая. В крови происходит уменьшение Т-лимфоцитов за счет Т-супрессоров. При поражении слизистых оболочек при красном плоском лишае четко наблюдается снижение IgA, что, возможно, создает условия для повышенной восприимчивости организма к латентной инфекции [3, 6, 20].

Также не отрицается роль наследственной предрасположенности, но которая реализуется при воздействии разнообразных раздражителей (стрессе, вирусная инфекция, химико-биологические факторы, механические) [1, 7, 8, 14, 23].

При красном плоском лишае отмечена эндокринная дисфункция в системе гипофиз-надпочечники, в углеводном обмене, наблюдается высокая частота сочетания красного плоского лишая и с сахарным диабетом [10, 11]. На сегодняшний день нет убедительных данных, позволяющих с уверенностью утверждать об определенной причине возникновения красного плоского лишая, поэтому изучение данного вопроса является актуальным.

Поражения при красном плоском лишае встречаются на коже, ногтях, слизистой оболочке полости рта, щеках, линии смыкания зубов, языке, деснах, твердом и мягком небе, красной кайме губ, пищевода, кишечника, ануса, на слизистых оболочках половых органов, эндометрия, эпителия мочевого пузыря, конъюнктивы глаз.

Красный плоский лишай на коже характеризуется образованием мноморфной сыпи, состоящей из плоских, полигональных, с блестящей поверхностью и с центральным западением розовато-фиолетового или малиново-красноватого цвета папул, диаметром 2-3 мм. Поверхность папул отличается своеобразным блеском с восковидным оттенком, который особенно хорошо заметен при боковом освещении. Сливаясь, они образуют небольшие бляшки. На поверхности бляшек определяются мелкие чешуйки. При смазывании поверхности папул и в особенности бляшек растительным маслом отмечаются мелкие беловатые точки, которые, переплетаясь, имеют вид паутинок, просвечивающихся через роговой слой (симптом Уикхема), что обусловлено неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса. После разрешения патологических очагов может оставаться стойкая гиперпигментация [3, 16, 22, 25].

Около 25,0% больных красным плоским лишаем имеют только поражения слизистых оболочек (рот, головка полового члена, преддверие влагалища) и не сопровождаются проявлениями на коже. На слизистых оболочках красный плоский лишай проявляется в виде беловато-перламутровых, возможно, с синеватым оттенком папул, четко выделяющихся на фоне розовой окраски слизистой. Узелки могут быть в виде опаловых фарфоровых пятен, создающих рисунок кружев, веток деревьев, листьев папоротника [3, 15, 19, 25].

Основным патогномичным симптомом красного плоского лишая является зуд, который может сопровождаться не только высыпаниями, но и может быть самостоятельным признаком (*lichen ruber invisibilis*). Высыпания на слизистых оболочках достаточно устойчивы, могут предшествовать поражениям на коже, возникать изолированно или появляться в любые сроки высыпаний на коже.

Красный плоский лишай чаще манифестирует внезапно. Течение может быть острым с повышением температуры тела, общей слабостью, ознобами, головной болью, обильной диссеминированной

сыпью, которая регрессирует в течение 2-3 недель. Острое течение процесса может сменяться хроническим, при котором высыпания существуют от 1-2 до многих лет. Также может наступать спонтанное разрешение сыпи [4, 24].

Выделяют различные клинические формы красного плоского лишая в зависимости от первичного элемента: линейный; кольцевидный; коралловидный; красный плоский лишай волосистой части головы; красный плоский лишай ладоней и подошв.

На половых органах и слизистой оболочке рта чаще всего встречается кольцевидный красный плоский лишай, при котором сыпь располагается в форме желез, полуколец, дуг. При разрешении высыпаний часто остаются дистрофия и пигментация.

Поражение слизистых оболочек при красном плоском лишае требует более длительного изучения. А. Л. Машкиллейсон и соавторы установили отчетливую связь между поражением слизистых оболочек рта с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (анацидный и гипоацидный гастрит, язвенная болезнь желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, хронический колит, симптом мальабсорбции, дисбактериоз), болезнями печени, эндокринными расстройствами [10, 11, 14].

При поражении слизистых оболочек глотки и пищевода развивается дисфагия, и даже возможно стенозирование. Также изменения наблюдаются и на слизистых оболочках мочевого пузыря и уретры, что приводит к сужению уретры и мочевого пузыря. Слизистая оболочка прямой кишки имеет беловатожелтый цвет с очагами атрофии и склероза [6, 24].

Клиника красного плоского лишая при поражении слизистых половых органов.

Поражения слизистых половых органов у женщин составляет около 25,0-75,0% случаев при одновременном поражении слизистой ротовой полости. В 30,0-40,0% случаев поражается и кожа. Около 25,0% больных красным плоским лишаем имеют только поражения слизистых оболочек (рот, головка полового члена, преддверие влагалища) [3, 14, 17]. Чаще истинная распространенность красного плоского лишая неизвестна, так как он нередко остается не диагностированным. Даже у больных с поражением слизистой рта и кожи половые органы осматривают не всегда. Синонимы: эрозивный красный плоский лишай, десквамативный воспалительный вагинит, вульвовагинально-десневой синдром.

По последним данным, возможно, имеется связь между антигеном DQB1*0201 системы HLA и красным плоским лишаем вульвы, влагалища и десен. Обнаруживается распространенное повреждение зоны базальной мембраны эпидермиса, по-видимому, аутоиммунной природы.

Клинические варианты: классический – зудящие, многоугольные папулы и бляшки на запястьях и лодыжках, на лобке и половых губах, но не со-

провожаются атрофией и образованием рубцов; вульвовагинально-десневой синдром – эрозивное поражение слизистых рта, вульвы, конъюнктивы и пищевода с атрофией и образованием рубцов [9, 25].

Картина изменений вульвы зависит от варианта заболевания. В большинстве случаев имеются эрозии красного цвета с фестончатыми «кружевными» белесоватыми краями. Поверхность их часто блестящая, стекловидная. Но могут наблюдаться фиолетовые с шелушением мелкие папулы и бляшки, локализующиеся на лобке, больших половых губах, бедрах. Расчесы способствуют распространению высыпаний и сопровождаются вторичными изменениями. При данных картинах вульва со временем и несвоевременном лечении утрачивает нормальное строение. Нередко поражению вульвы и влагалища предшествует поражение других участков кожи и слизистых. Диагноз ставится на основании клинической картины и данных биопсии. Иногда красному плоскому лишаю сопутствует склероатрофический лишай. Пациенты отмечают, что влагалище стало менее емким, наблюдается диспареуния и скудные кровянистые выделения. Специфических симптомов при поражении половых органов красным плоским лишаем нет. Основными жалобами при поражении слизистой оболочки влагалища является болезненность, зуд и жжение. У пациентки необходимо детально уточнить, есть ли у нее жалобы, характерные для кожи или слизистой полости рта, а также выяснить наличие жалоб на выпадение волос, зуд разной локализации, были ли в анамнезе высыпания на коже. Объективно при осмотре можно обнаружить резко гиперемированную слизистую, белесую сетчатость (сетка Уикхема), серозно-кровянистые выделения из влагалища. В случае далеко зашедшего заболевания стенки влагалища срастаются и свод облитерируется. Для установления окончательного диагноза необходима консультация стоматолога, так как наличие белесой сетчатости и других проявлений красного плоского лишая на слизистой ротовой полости говорит в пользу данного заболевания. Чаще всего высыпания на слизистых полости рта сочетаются с высыпаниями на слизистых половых органов. Окончательный диагноз ставится после гистологического исследования биоптата. Биопсия наиболее информативна при взятии ее с участков сетки Уикхема [6, 16, 18, 23].

Патоморфология красного плоского лишая слизистых оболочек.

При гистологическом исследовании слизистых оболочек при красном плоском лишае определяется усиленная кератинизация, в эпителии появляется роговой и зернистый слои. Чаще встречается паракератоз. В шиповидном слое – выраженный акантоз, соединения между клетками видны более отчетливо, чем в норме, клетки крупнее обычных. В базальном слое – многоядерные (с двумя-тремя ядрами) кера-

тиноциты. В этом слое уже появляются зерна кератогиалина, увеличенные в размерах в 2-5 раз. При типичной форме (папулезной) часто наблюдается атрофия и отсутствие отека. Паракератоз, акантоз, экзоцитозы, разрушение базальной мембраны наблюдается при экссудативно-гиперемической форме. При этой форме в строме определяется отек, отсутствие эластических волокон, густой диффузный инфильтрат, содержащий множество лимфоцитов. При эрозивно-язвенной форме все слои эпителия отечны. В местах эрозий и язв – дефекты эпителия и стромы в результате некроза. По периферии – неравномерный паракератоз; зернистый слой часто отсутствует, иногда представлен 2-3 рядами клеток с умеренной зернистостью. Под эпителием отмечаются массивные диффузные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов, нейтрофилов и фибробластов. Волокнистые структуры частично или полностью разрушаются [6, 21, 25].

Дифференциальный диагноз красного плоского лишая слизистых половых органов.

В дифференциальной диагностике имеет значение связь процессов с предшествующими факторами, поэтому анамнестические данные приобретают важную роль. Необходимо отметить важность комплексного обследования больного, так как красный плоский лишай, особенно при поражении слизистых оболочек, сочетается с патологией внутренних органов, и прежде всего ЖКТ [2, 4, 23]. Дифференциальный диагноз проводят со следующими патологиями:

1. Крауроз вульвы – относится к предраковым состояниям и представляет собой разновидность склероатрофического лишая. Вначале наблюдается отек и эритема, затем вторая фаза – атрофия. Кожа и слизистая истончаются, становятся сухими. Затем наступает третья фаза – склероз вульвы: кожа уплотнена, вход во влагалище сужен. Для всех фаз заболевания характерен зуд. Гистология: признаки атрофии эпидермиса и эпителия, сочетающиеся с гиперкератозом, отмечается гидропическая дистрофия клеток базального слоя [12, 18, 24].

2. Многоформная экссудативная эритема – острое воспалительное заболевание неясной этиологии. Поражение слизистых оболочек рта, гениталий обычно сочетается с высыпаниями на коже. У больных часто наблюдается повышение температуры, общая слабость, внезапный отек слизистых оболочек, гиперемия, везикулобулезные элементы, которые вскрываются с образованием эрозий крупных размеров. Тяжелой формой данного заболевания является синдром Стивенса-Джонсона, при котором на слизистых оболочках появляются пузыри и эрозии [16, 25].

3. Доброкачественный рубцующийся пемфигоид слизистых оболочек. Этиология не ясна. Поражаются слизистые оболочки рта, носа, глаз и половых органов. Характеризуется образованием пузырей с плот-

ной покрышкой, окруженных венчиком гиперемии.

4. Кольцевидную форму красного плоского лишая, которая часто локализуется на слизистой оболочке половых органов и полости рта, необходимо дифференцировать с папулезным сифилидом. При папулезном сифилиде узелки медно-красного цвета, овальные или округлые, шелушатся с образованием воротничка Биетта и редко сопровождаются зудом. Поверхность папул полушаровидная, не имеет центрального вдавления и не уплощена, в отличие от папул при красном плоском лишае. Также при сифилисе учитываются специфические серологические реакции и другие проявления сифилиса.

5. Мелкоузелковая форма саркоидоза отличается от красного плоского лишая желтовато-бурыми полигональными высыпаниями, чаще всего локализованными на лице и исключительно редко – на слизистых оболочках, также характерно отсутствие зуда.

6. При склеротическом атрофическом лишае первично образуются склероатрофические очажки беловато-серого цвета, иногда с перламутровым блеском, точечными углублениями, фолликулярным кератозом, сиреневатым краем. Участки атрофии значительно обширней, чем при красном плоском лишае. Нередко одновременно возникают очаги поверхностной склеродермии, зуд не наблюдается. При склероатрофическом лишае не бывает сетки Уикхема и десквамативного вагинита.

7. При лейкоплакии имеются очаги ороговения в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаги плотные, с бугристой поверхностью. Гистологически определяется гипер- и паракератоз, утолщение шиловидного слоя (акантоз), отёк стромы, расширение кровеносных капилляров, диффузные инфильтраты состоят из лимфоцитов [5, 19, 21, 25].

Методы диагностики: сбор жалоб и анамнеза; визуальный осмотр; кольпоскопия и вульвоскопия с хромоскопией; цитологический метод (преобладания процессов кератоза); мазок на флору; биопсия; определение вируса папилломы человека (ВПЧ) (после заражения ВПЧ клетки становятся подобными койлоцитам, затем, после нарушения созревания и дифференцировки слоев клеток эпителия, клетки изменяются в сторону дискератоза и гиперкератоза); применение лампы Вуда – нежно голубое свечение в лучах лампы Вуда; консультация стоматолога и дерматолога [5, 23].

ВЫВОДЫ

Учитывая высокую вероятность озлокачествления красного плоского лишая и отсутствие данных в литературе о клинике, диагностике и методах лечения данного заболевания в гинекологической практике, гинекологи редко диагностируют эту патологию, поэтому проблема дальнейшего изучения красного плоского лишая в гинекологии является актуальной и востребованной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базыка Д. А. Этиология, патогенез и терапия красного плоского лишая / Д. А. Базыка, А. Д. Базыка // Вестник дерматологии и венерологии. – 1977. – № 11. – С. 58.
2. Беренбейн Б. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б. А. Беренбейн, А. А. Студницин. – М., 1983. – 269 с.
3. Бишарова А. С. Красный плоский лишай / А. С. Бишарова // Дерматовенерология. – 2012. – № 5. – С. 34–38.
4. Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путем / Ю. К. Скрипник, Г. Д. Селицкий, С. М. Федоров, Ф. Х. Хубиева. – Москва : МИА, 2006. – 125 с.
5. Гаджимурадов М. Н. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика и лечение / М. Н. Гаджимурадов, А. А. Гунаева // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 3. – С. 85–80.
6. Довжанский Е. И. Красный плоский лишай / Е. И. Довжанский, Н. А. Слесаренко. – Саратов : Издательство Саратовского университета, 1990. – 176 с.
7. Довжанский С. И. Клиника, иммунопатогенез и терапия плоского красного лишая / С. И. Довжанский, Н. А. Слесаренко // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 348–350.
8. Иванова И. Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем / И. Н. Иванова, В. А. Мансуров // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 5. – С. 28–30.
9. Ломоносов К. М. Красный плоский лишай / К. М. Ломоносов // Лечащий врач. – 2003. – № 9. – С. 30–31.
10. Манухина О. И. Клиническое течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта на фоне снижения функциональной активности щитовидной железы / О. И. Манухина. – М. : Наука практика, 1998. – 296 с.
11. Машкиллейсон А. Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / А. Л. Машкиллейсон. – М. : Медицина, 1963. – 188 с.
12. Осипенко Е. Д. Крауроз вульвы, диагностика и лечение больных / Е. Д. Осипенко // Доктор. – 2001. – № 4. – С. 72–74.
13. Пашков Б. М. Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях / Б. М. Пашков. – М. : Медицина, 1963. – 182 с.
14. Петрова Л. В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л. В. Петрова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – № 3. – С. 28–31.
15. Петрова Л. В. Исследование рецепторов эстрогенов в слизистой оболочке полости рта у женщин, страдающих красным плоским лишаем / Л. В. Петрова, Н. Е. Прилепский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 3. – С. 4–7.
16. Потоцкий И. И. Справочник дерматовенеролога / И. И. Потоцкий. – Киев, 1985. – 88 с.
17. Рабинович О. Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий стоматит, декубитальные язвы) / О. Ф. Рабинович, Е. Л. Эпельдимова // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 58–62.
18. Русакевич П. С. Заболевания вульвы : практическое руководство / П. С. Русакевич. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 448 с.
19. Сочетание клинических форм КПЛ у одного больного / Е. В. Матушевская, И. Г. Богущ, Д. Н. Нажмутдинова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 4. – С. 46–47.
20. Спицына В. И. Патогенез иммунодефицита у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / В. И. Спицына // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 3. – С. 30–34.
21. Томас П. Хэбиф. Кожные болезни. Диагностика и лечение // Томас П. Хэбиф. – М. : «МЕДпресс-информ», 2008. – 672 с. : Ил.
22. Уилкинсон Э. Заболевания вульвы : клиническое руководство / Э. Уилкинсон, Н. Стоун ; пер. с англ. – М. : Издательство БИНОМ, 2009. – 248 с.
23. Федоров С. М. Красный плоский лишай / С. М. Федоров, Г. Д. Селицкий, Г. Г. Тимошин // Кожные болезни. – М. : ГЭОТАР-Медицина, 1997. – С. 67–69.
24. Шарапова Л. Е. К вопросу об этиологии и патогенезе хронических дистрофических заболеваний вульвы / Л. Е. Шарапова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 1. – С. 29–34.
25. Reboга А. Плоский лишай / А. Reboга // Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А. Д. Кацамба, Т. М. Лотти ; пер. с англ. – М. : «МЕДпресс-информ», 2008. – С. 371–374.