

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(4)-28

УДК: 579.2.616.31+616-08.220.034-09.01

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ ПОРОЖНИНИ РОТА

Дмітрієв М. О., Назарчук О. А., Фурман Р. Л., Поліщук С. С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: polischuk07@ukr.net

Статтю отримано 20 серпня 2024 р.; прийнято до друку 24 вересня 2024 р

Анотація. Сьогодні червоний плесканий лишай це хронічне запальне захворювання шкіри та слизових оболонок, яке може призвести до низки ускладнень, що проявляються за відсутності адекватного лікування або під час перебігу захворювання у важких рецидивуючих формах. Основна властивість усіх видів цього захворювання без винятків полягає в особливостях тривалості періодів ремісії та загострення. Значний ризик приєднання та розвитку вторинного ураження шкіри виникає не через червоний плесканий лишай, а через приєднання патогенних мікроорганізмів. Крім того, ерозивно-виразкову форму відносять до факультативних передракових захворювань. Майже у 2% пацієнтів, котрі хворіють на ЧПЛ ротової порожнини з часом діагностують рак. Відомо, що причинами розвитку ускладнень червоного плескатоного лишая в 5% випадків були патогенні (транзиторні) стрептококи, в 17% патогенні (транзиторні) стафілококи, в 51% умовно-патогенні (резидентні) дифтеріїди, мікрококи та в 27% змішана мікрофлора. Первинними елементами ураження під час червоного плескатоного лишая є характерні висипання зі специфічними ознаками. Основним елементом висипу під час цього захворювання є папула. Папули мають плескату поверхню, невеликі за розміром (1-3 мм у діаметрі), часто багатокутної форми. Вони можуть бути злегка блискучими, мають фіолетовий або червонувато-синюшний колір. Характерна сітка Вікхема спостерігається на поверхні папул. Ця сітчаста структура утворюється через особливу будову епідермісу і стає помітною під час змочування чи дерматоскопії. Основні ускладнення червоного плескатоного лишая, які виникають унаслідок цього захворювання, можуть проявлятися як інфекційні ускладнення, зокрема піодермії (гнійні ураження шкіри) та вірусні інфекції (герпетичні ураження). Уражені ділянки шкіри та слизових оболонок при червоному плескатоному лишаї часто піддаються подразненню через свербіж та розчухування, що може призвести до розвитку бактеріальних інфекцій.

Ключові слова: стоматологія, червоний плесканий лишай, терапевтична стоматологія, дерматологія, захворювання слизової оболонки порожнини рота, клініка, діагностика, лікування, ускладнення.

Вступ

Червоний плесканий лишай (ЧПЛ) хронічне запальне захворювання аутоімунного генезу, що уражає шкіру загалом, зокрема і слизову оболонку порожнини рота (СОПР) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 16, 17, 19, 20]. Останніми роками спостерігається збільшення випадків червоного плескатоного лишая, пов'язане з різними чинниками, зокрема стресом, імунними розладами та іншими захворюваннями. ЧПЛ характеризується різноманітністю, поліморфізмом проявів та тяжким тривалим перебігом, який супроводжується періодами загострень та ремісій, що є певною проблемою для дерматологів, терапевтів-стоматологів, хірургів-стоматологів, інфекціоністів. ЧПЛ порожнини рота (ПР) досить поширене захворювання, яке зустрічається в 1-2% населення, переважно в жінок [2, 7, 8, 11, 12]. У структурі загальної захворюваності червоний плесканий лишай становить приблизно 0,5-1,5%, а слизова порожнина рота зазнає уражень у 70-77%. Для плескатоного лишая найбільш характерний хронічний перебіг із мінімальною кількістю спонтанної ремісії. Тому пацієнти з цим захворюванням слизової порожнини рота потребують постійного нагляду дерматологів та стоматологів [10, 14, 15, 18, 21, 22, 31, 32].

Для установлення діагнозу необхідно ретельно зібрати анамнез та провести об'єктивне обстеження пацієнта, яке нічим не відрізняється від обстежень під

час інших захворювань порожнини рота, травм, особливо в пацієнтів під час планування та проведення оперативного втручання [7, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32]. Необхідно пам'ятати, що під час червоного плескатоного лишая перебіг захворювання може бути безсимптомним, що ускладнює ранню діагностику та призначення необхідного лікування. На сьогодні немає єдиної думки щодо клінічних форм ЧПЛ порожнини рота. Найчастіше виділяють такі: 1) ретикулярна з майже безсимптомним перебігом захворювання; 2) папульозна (типова); 3) бульозна; 4) бляшкоподібна; 5) атрофічна; 6) виразкова (ерозивна). За клінічним перебігом червоний плесканий лишай поділяють на: гострий (тривалістю до 1 міс.), підгострий (від 1 до 6 міс.) та хронічний без ремісії (більше 6 міс.) або рецидивний [13, 21, 22, 27, 28, 29]. Залежно від поширення елементів висипання розрізняють локалізовану, дисеміновану та генералізовану форми дерматозу. За стадійністю перебігу виділяють прогресуючу, стаціонарну та регресивну стадії. З літературних джерел відомо, що останнім часом дослідники приділяють чимало уваги проблемам травм щелеп та зубів, переломам щелеп, дентальній імплантації, захворюванням слизової оболонки, хворобам пародонту та періодонту, запальним процесам обличчя та шиї. Проте попри низку досліджень у наукових джерелах

спостерігаємо обмаль інформації щодо проявів червоного плескатого лишая на слизовій порожнини рота. Усе це стосується вітчизняної та зарубіжної літератури [11, 14, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32].

Мета роботи розглянути та оцінити, зважаючи на дані літературних джерел, етіологію, патогенез, методи лікування та ускладнення червоного плескатого лишая.

Матеріали та методи

Проведено пошук наукових джерел; здійснено аналіз доступної літератури, відібраної шляхом самостійного інформаційного пошуку в наукометричних базах даних Scopus, Web of Science, PubMed, MEDLINE, Google Scholar; узагальнено результати наукових досліджень. Для пошуку використали ключові слова: червоний плесканий лишай, лікування, етіологія, механізм розвитку, форми перебігу, елементи ураження, ускладнення.

Результати. Обговорення

Червоний плесканий лишай є хронічним запальним захворюванням шкіри та слизових оболонок, яке призводить до низки ускладнень, особливо через відсутність адекватного лікування або під час перебігу важких рецидивуючих форм захворювання [4, 5, 6, 17, 19, 20].

Жоден різновид цього захворювання безпосередньо не загрожує здоров'ю пацієнта, проте тривалість перебігу хвороби з періодами загострення та ремісії, висока ймовірність ризику виникнення вторинної інфекції шкіри погіршують якість життя хворих. Крім того, ерозивно-виразкову форму відносять до факультативних передракових захворювань. Майже у 2% пацієнтів, хворих на плесканий лишай ротової порожнини, діагностують рак [11, 16]. Доведено, що причинами розвитку ускладнень червоного плескатого лишая в 5% випадків були патогенні (транзиторні) стрептококи, в 17% патогенні (транзиторні) стафілококи, в 51% умовно-патогенні (резидентні) дифтеріїди, мікрококи та в 27% змішана мікрофлора [6, 7, 8, 9, 28, 29]. Однак структурованих досліджень щодо визначення ролі бактеріальної мікрофлори в розвитку червоного плескатого лишая не проводили.

Досі невивчені причини виникнення червоного плескатого лишая ускладнюють його розуміння. Останнім часом учені все більше схилиються до думки, що виникнення цього захворювання відбувається через збої в системі імунітету та генетичної схильності. У людей із хронічними хворобами (цукровий діабет, гепатит, цироз, хвороби шлунково-кишкового тракту тощо) існує ризик розвитку червоного плескатого лишая. ЧПЛ може розвинути також після сильного психоемоційного напруження чи стресу, особливо на тлі різних розладів психіки, іноді він передається у спадок, виникає під час прийому деяких лікарських препаратів (НПЗЗ, препарати проти малярії, туберкульозу тощо). Тому доцільно червоний плесканий лишай віднести до розряду багатопричинних захворювань. Дехто називає його «ятрогенний псоріаз». Інші автори вважають червоний плес-

каний лишай аутоімунним захворюванням, під час якого імунна система помилково атакує власні клітини шкіри [1, 4, 21, 22, 29]. Цей процес провокують різні чинники, зокрема інфекції, стрес, травми. Підтвердженням інфекційного процесу є дослідження, які вказують на можливий зв'язок між червоним плесканим лишаєм і вірусами, зокрема вірусом гепатиту С. Вважають, що інфекції можуть активувати імунну відповідь, яка призводить до запалення шкіри. Останні проведені дослідження показали, що наявність певних генетичних маркерів збільшує ризик розвитку червоного плескатого лишая. Спадкові фактори можуть впливати на реакцію імунної системи на зовнішні та внутрішні тригери [14, 17, 22, 26].

У патогенезі розвитку червоного плескатого лишая виділяють декілька важливих етапів. На першому етапі відбувається активація Т-лімфоцитів. Під впливом тригерів (інфекцій, стресу, травм) у шкірі та слизовій порожнині рота активуються Т-лімфоцити, які атакують клітини шкіри та слизової, що призводить до розвитку запального процесу. Другий етап полягає в активації імунної системи та вивільненні прозапальних цитокінів, які залучають інші клітини імунної системи до місця запалення. Це супроводжується набряком, почервонінням, свербінням слизової оболонки порожнини рота та шкіри. На третьому етапі ураження, унаслідок запальної реакції, кератиноцити зазнають апоптозу (клітинної загибелі) у зв'язку з дегенерацією клітин слизової та шкіри, що призводить до формування характерних для червоного плескатого лишая папул і бляшок. На четвертому етапі відбувається регенерація шкіри: у міру затихання запалення слизова оболонка та шкіра починають відновлюватися, але може виникнути пігментація або рубці, які залишаються після зникнення висипів [21, 28, 29].

Крім згаданих вище етіологічних чинників та патологічної схеми розвитку, існують також фактори ризику, які можуть сприяти розвитку червоного плескатого лишая та передувати його виникненню. До них належать стрес та психоемоційне напруження, які є тригерами для загострення хвороби чи її появи. Часто нові висипання з'являються на місці травм (феномен Кебнера). Деякі дослідження вказують на можливий зв'язок між змінами гормонального фону (наприклад, під час вагітності чи менопаузи) та загостренням захворювання. Захворювання, які супроводжуються імунними порушеннями, також підвищують ризик розвитку червоного плескатого лишая.

Психоемоційне напруження та стрес впливають на Т-клітинно-опосередковану імунну відповідь, яка, імовірно, відіграє основну роль у пусковому механізмі патогенезу червоного плескатого лишая [11, 16]. З іншого боку, хронічний перебіг захворювання шкіри та слизових оболонок є потужним стресогенним чинником.

Червоний плесканий лишай характеризується появою полігональних, сверблячих висипів, часто з блискучою

поверхню. Захворювання суттєво впливає на якість життя пацієнтів через естетичні та психологічні наслідки. Під час червоного плескатої лишаю на шкірі з'являються папули, бляшки, виникає свербіж. Папули полігональні, нагадують пурпурний або червоний колір, мають блискучий вигляд, можуть зливатися та утворювати бляшки [6, 8, 21, 26]. Первинні елементи ураження найчастіше розташовуються на зап'ясті, гомілках, животі та спині. Під час цього зазвичай спостерігається виражений дискомфортний свербіж. У процесі ураження слизової оболонки порожнини рота з'являються білуваті плями, які викликають дискомфорт і болісні відчуття під час прийому їжі, розмови, а також у стані спокою. Червоний плесканий лишай викликає порушення росту нігтів, їхню ламкість чи навіть випадіння, тому на це також потрібно звертати увагу під час обстеження. Червоний плесканий лишай зазвичай обмежується слизовою оболонкою чи шкірою, але можуть бути й системні ураження, зокрема аутоімунні стани, як-от захворювання щитоподібної залози. Діагностування червоного плескатої лишаю ґрунтується на клінічних проявах, але для уточнення діагнозу та візуалізації характерних ознак необхідно застосовувати дерматоскопію [14, 15, 18, 19, 26, 27]. Для гістологічного дослідження у випадках, коли діагноз не є очевидним, проводять біопсію [10, 11, 21, 22].

Зазначимо, що первинними елементами ураження під час червоного плескатої лишаю є характерні висипання зі специфічними ознаками. Основним елементом висипу цього захворювання є папула. Папули мають плескату поверхню, невеликі за розміром (13 мм у діаметрі), часто багатокутної форми. Вони можуть бути злегка блискучими, мати фіолетовий або червонувато-синюшний колір. На поверхні папул спостерігається характерна сітка Вікхема. Така сітчаста структура утворюється через особливу будову епідермісу і стає помітною під час змочування або дерматоскопії. Гіперкератоз на слизовій оболонці порожнини рота характеризується ураженнями у вигляді білих мереживних смужок, утворених потовщенням рогового шару епітелію [13, 15, 22]. Під час червоного плескатої лишаю висип зазвичай розташовується на тілі симетрично, часто на згинальних поверхнях кінцівок (наприклад, на зап'ястях), а також може уражати слизові оболонки рота, геніталії, нігті, волосисту частину голови. Часто висип супроводжується сильним свербіжем, що призводить до розчухування і вторинних уражень шкіри. Ця особливість первинних елементів ураження є провідною діагностувальною ознакою червоного плескатої лишаю, її наявність допомагає лікарям призначити правильне лікування [19, 22, 28, 31].

Лікування червоного плескатої лишаю зазвичай комплексне та мультидисциплінарне. У схемах лікування, для топічного впливу, застосовують кортикостероїди для зменшення запалення та свербіжу та топічні ретиноїди для покращення регенерації. Для системного лікування використовують імуносупресори та біологічні препарати. У

важких випадках призначають системні кортикостероїди або інші імуносупресивні препарати. Популярним є застосування фітотерапії та психоемоційної корекції [19, 22, 32]. Урахування психосоціальних аспектів, надання підтримки пацієнтам важливі елементи лікування. Пацієнти з червоним плесканим лишаєм часто стикаються з емоційними розладами, зокрема тривогою та депресією через естетичні прояви захворювання. Психологічна підтримка, групи підтримки можуть значно поліпшити якість життя пацієнтів [23, 28].

Вибір методики лікування зазвичай залежить від тяжкості симптомів і локалізації висипу (шкіра, слизові рота або геніталії). На сучасному етапі розвитку науки можна обрати такі комплексні методи лікування червоного плескатої лишаю. Перша лінія терапії (для контролю запалення) це місцеві кортикостероїди. Місцеві мазі або креми з кортикостероїдами наносять на уражені ділянки для зменшення свербіжу та запалення [19, 22, 28, 31]. У разі тяжких чи поширених випадків призначають таблетки або ін'єкції кортикостероїдів, які належать до системної терапії. Інгібітори кальциневрину, препарати «Такролімус», «Пімекролімус» використовують для місцевого лікування, зокрема, коли кортикостероїди неефективні або застосовуються упродовж довгого часу. Також у практиці лікування червоного плескатої лишаю застосовують антигістамінні препарати для зменшення свербіжу в нічний час. При важких формах захворювання призначають препарати «Метотрексат», «Азатиоприн» або «Циклоспорин», які впливають на імунну систему. Біологічна терапія. Пацієнти з резистентним або тяжким перебігом захворювання, за новішим підходом, отримують біологічну терапію. Біологічні агенти (наприклад, інгібітори TNF- α) допомагають контролювати імунну відповідь. Деякі обрані форми ультрафіолетової терапії (наприклад, UVB-терапія) зменшують симптоми в пацієнтів із серйознішими формами лишаю. Якщо під час лікування червоного плескатої лишаю приєднується супутня інфекція (наприклад, грибова чи бактеріальна), її необхідно лікувати антибіотиками або протигрибковими препаратами [16, 17, 21, 22, 28, 29]. У будь-якому разі лікування має призначати лікар-спеціаліст після ретельного обстеження. Для виявлення всіх причин, механізму розвитку червоного плескатої лишаю та подальшого визначення схеми лікування необхідно проконсультуватися з лікарем-дерматологом, терапевтом-стоматологом та інфекціоністом. Також під час ураження слизових оболонок важливо слідкувати за гігієною порожнини рота, уникати чинників, які її подразнюють (наприклад, спеції та куріння).

Основні ускладнення червоного плескатої лишаю це інфекційні ускладнення, зокрема піодермії (гнійні ураження шкіри) та вірусні інфекції (герпетичні ураження). Уражені ділянки шкіри і слизових оболонок при червоному плескатої лишаї часто подразнюються через свербіж та розчухування, що може призвести до розвитку бактеріальних інфекцій. Розчухи є вхідними воротами для бак-

терій. Одне з частих ускладнень гіперпигментація, яка виникає після загоєння папул. Вона призводить до появи темних плям на місці висипів. У деяких випадках, особливо при інтенсивному розчухуванні, залишаються рубці, які змінюють зовнішній вигляд шкіри і можуть бути постійними. Тривале застосування місцевих або системних кортикостероїдів у лікуванні червоного плескатої лишаї призводить до атрофії шкіри: стоншення епідермісу, зниження еластичності та виникнення схильності до травмування. Червоний плесканий лишай уражає слизові оболонки, найчастіше порожнину рота [7, 8, 9, 15, 19, 20]. Ураження слизових оболонок рота характеризується болючими ерозіями та виразками, які ускладнюють прийом їжі, викликають біль і дискомфорт. Серед можливих ускладнень виділяють оральний кандидоз та дисфагію. Оральний кандидоз характеризується розвитком грибової інфекції на тлі хронічного запалення, а дисфагія утруднює ковтання, коли захворювання поширюється на слизову оболонку стравоходу. Червоний плесканий лишай може вражати нігті, що призводить до їхньої деформації. У важких випадках виникає дистрофія нігтів, якій властиве потовщення або витончення нігтьової пластини, навіть їхня втрата. Якщо червоний плесканий лишай уражає волосисту частину голови, може розвинути рубцева алопеція незворотна втрата волосся в уражених ділянках. Це трапляється через рубцювання шкіри після запального процесу, що призводить до знищення волоссяних фолікул. Найсерйознішим ускладненням є ризик розвитку плоскоклітинної карциноми (рак шкіри або слизових оболонок). Особливо високий ризик малигнізації спостерігається під час тривалого перебігу хвороби на слизових оболонках рота та геніталіях. Постійне запален-

ня може призвести до злоякісного переродження клітин. Через хронічний рецидивуючий перебіг, сильний свербіж, біль і косметичні дефекти у багатьох пацієнтів розвивається депресія та тривожність [16, 19, 29, 32]. Постійний дискомфорт, необхідність тривалого лікування негативно впливають на якість життя, призводять до соціальних та психологічних проблем [23].

Висновок та перспективи подальших розробок

1. Етіологія та патогенез червоного плескатої лишаї залишаються нез'ясованими та різноплановими, а клінічні прояви значно варіюються.

2. Червоний плесканий лишай це серйозне хронічно рецидивуюче захворювання, яке призводить до низки ускладнень, зокрема інфекційних процесів, гіперпигментації, рубців, уражень слизових оболонок, деформації нігтів, алопеції та навіть злоякісного переродження тканин.

3. Вибір терапії може бути складним через різноманітність клінічних форм захворювання та індивідуальні реакції на лікування.

4. Адекватне та своєчасне лікування мінімізує ці ускладнення та покращує якість життя пацієнтів.

Огляд літератури дозволив зрозуміти актуальність проблеми, сучасні підходи до діагностування та лікування червоного плескатої лишаї, яке потребує мультидисциплінарного підходу вирішення проблеми, розробки нових і вдосконалення вже наявних методів лікування, а також подальшого дослідження етіопатогенезу захворювання, що вплине на зменшення кількості ускладнень та покращення якості життя.

Список посилань – References

- [1] Al-Mohaya, M. A., Al-Harhi, F., Arfin, M., & Al-Asmari, A. (2015). TNF- β , TNF- α and IL-10 gene polymorphism and association with oral lichen planus risk in Saudi patients. *J Appl Oral Sci.*, 23(3), 295-301. doi: 10.1590/1678-775720150075
- [2] Al-Mohaya, M. A., Al-Otaibi, L., Al-Harhi, F., Al Bakr, E., Arfin, M., & Al-Asmari, A. (2016). Association of genetic polymorphisms in interferon- γ , interleukin-6 and transforming growth factor- β 1 gene with oral lichen planus susceptibility. *BMC Oral Health*, 16(1), 76. doi: 10.1186/s12903-016-0277-x
- [3] Antonenko, M. Yu. (2017). Інтеграція неспецифічних чинників захисту організму в патогенезі червоного плескатої лишаї слизової оболонки порожнини рота [Integration of non-specific factors of the body's defense in the pathogenesis of lichen planus of the mucous membrane of the oral cavity]. *Современная стоматология Modern stomatology*, (5), 16-18.
- [4] Antonicelli, R., Olivieri, F., Cavallone, L., Spazzafumo, L., Bonafe, M., Marchegiani, F., ... & Franceschi, C. (2005). Tumor necrosis factor- α gene -308G>A polymorphism is associated with ST-elevation myocardial infarction and with high plasma levels of biochemical ischemia markers. *Coron Artery Dis.*, 16(8), 489-93. <https://dx.doi.org/10.1097/00019501-200512000-00006>
- [5] Azab, N. A., Abd El Salam, L., Ahmed, E., El Sharkawy, M., El Sharkawy, A., El & Asheiry, S. G. (2018). Interferon gamma and interleukin 8 gene polymorphisms in patients with hepatitis C virus related oral lichen planus. *Arch Oral Biol.*, (96), 189-194. doi: 10.1016/j.archoralbio.2018.09.015
- [6] Bilovol, A. M., & Kolganova, N. L. (2019). Особливості порушень ліпідного обміну у хворих на червоний плесканий лишай [Peculiarities of disorders of lipid metabolism in patients with lichen planus]. *Дерматологія та венерологія Dermatology and venereology*, 3(85), 13-15.
- [7] Danylevskiy, M. F., & Borysenko, A. V. (2010). *Захворювання слизової оболонки порожнини рота [Diseases of the oral mucosa]*. Київ: Медицина Kyiv: Medicine.
- [8] Du, J., Chen, Y., Shi, Y., Liu, T., Cao, Y., Tang, Y., ... & Li, Y. C. (2015). 1,25-Dihydroxyvitamin D Protects Intestinal Epithelial Barrier by Regulating the Myosin Light Chain Kinase Signaling Pathway. *Inflamm Bowel Dis.*, 21(11), 2495-506. doi: 10.1097/MIB.0000000000000526
- [9] Du, J., Li, R., Yu, F., Yang, F., Wang, J., Chen, Q., ... & Zhang, F. (2017). Experimental study on 1,25(OH) $_2$ D3 amelioration of oral lichen planus through regulating NF- κ B signaling pathway. *Oral Dis.*, 23(6), 770-778. doi: 10.1111/odi.12659
- [10] Gueiros, L. A., Arao, T., Souza, T., Vieira, C. L., Gomez, R. S., Almeida, O. P., ... & Leao, J. C. (2018). IL17A polymorphism and elevated IL17A serum levels are associated with oral lichen planus. *Oral Dis.*, 24(3), 377-383. doi: 10.1111/odi.12718
- [11] Gupta, S., Nigam, K., Srivastav, R.K., Ahmad, M.K., Mahdi,

- A.A., Sanyal, S. (2022). Genetic polymorphism of tumor necrosis factor alpha (TNF- α) and tumor necrosis factor beta (TNF- β) genes and risk of oral pre-cancer and cancer in North Indian population. *Oral Maxillofac Surg.*, 26(1), 33-43. doi: 10.1007/s10006-020-00929-5
- [12] Holmstrup, P., Plemons, J., & Meyle, J. (2018). Non-plaque-induced gingival diseases. *J Clin Periodontol.*, 45(20), 28-43. doi: 10.1111/jcpe.12938
- [13] Ioannides D., Vakirlis E., Kemeny L., Marinovic, V., Massone, C., Murphy, R., ... & Neumann, M. (2020). European s1 guidelines on the management of lichen planus: a cooperation of the European dermatology forum with the European academy of dermatology and venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 34(7), 1403-1414. doi: 10.1111/jdv.16464
- [14] Jiang, C., Yao, H., Cui, B., Zhou, Y., Wang, Y., & Tang, G. (2015). Association of interleukin 12A gene polymorphisms with oral lichen planus in Chinese population. *J Oral Pathol Med.*, 44(8), 602-606. doi: 10.1111/jop.12271
- [15] Kurmus, G. I., Gonul, M., Canpolat, F., Yilmazer, D., & Cankurtaran, E. S. (2019). Serotonin Expression in Lichen Planus Lesions and Its Relationship with Depression/Anxiety. *Ann Dermatol.*, 31(2), 146-153. doi: 10.5021/ad.2019.31.2.146
- [16] Lu, R., Zhang, J., Sun, W., Du, G., & Zhou, G. (2015). Inflammation-related cytokines in oral lichen planus: an overview. *J Oral Pathol Med.*, 44(1), 1-14. doi: 10.1111/jop.12142
- [17] Medler, J., & Wajant, H. (2019). Tumor necrosis factor receptor-2 (TNFR2): an overview of an emerging drug target. *Expert Opin Ther Targets*, 23(4), 295-307. <https://doi.org/10.1080/14728222.2019.1586886>
- [18] Melnyk, T. V., & Bondar, S. A. (2017). Супутня патологія як чинник загострення хронічних дерматозів, зокрема червоного плоского лишая [Concomitant pathology as a factor of exacerbation of chronic dermatoses, in particular lichen planus]. *Український журнал дерматології, венерології, косметології Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology*, 4(67), 88-89.
- [19] Melnyk T. V., & Bondar S. A. (2019). Вплив комплексної терапії на показники маркерів окисного стресу у хворих на червоний плоский лишай [Effect of complex therapy on indicators of oxidative stress markers in patients with lichen planus]. *Український журнал дерматології, венерології, косметології Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology*, 2(73), 45-49.
- [20] Polishchuk, O. O., Shinkaruk-Dykovytska, M. M. (2023). Клінічні прояви елементів ураження слизової оболонки порожнини рота у хворих з червоним плескатым лишаєм [Clinical manifestations of lesions of the mucous membrane of the oral cavity in patients with lichen planus]. *Вісник Вінницького національного медичного університету Reports of the Vinnytsia National Medical University*, 4(27), 596-600. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-11
- [21] Polishchuk, O. O., & Skyba, V. Ya. (2023). Біохімічні показники слизової порожнини рота, мікроциркуляторного русла та ротової рідини у хворих на червоний плескатый лишай [Biochemical indicators of the mucous membrane of the oral cavity, microcirculatory channel and oral fluid in patients with lichen planus]. *Вісник Вінницького національного медичного університету Reports of the Vinnytsia National Medical University*, 2(27), 243-247.
- [22] Polishchuk, O. O., Skyba, V. Ya., Lytovkin, K. V., & Skyba, O. V. (2022). Роль генетичних факторів у патогенезі червоного плескатыого лишаю слизової оболонки порожнини рота [The role of genetic factors in the pathogenesis of lichen planus of the oral mucosa]. *Вісник стоматології Bulletin of Dentistry*, 3(45), 34-38. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3.6>
- [23] Polishchuk, S. S. (2005). Корекція психоемоційного стану у хворих з травмами щелепно-лицевої ділянки [Correction of psychoemotional state in patients with injuries of the maxillofacial area]. *Вісник стоматології Bulletin of Dentistry*, (1), 50-56.
- [24] Polishchuk, V. S. (2023). Дослідження стабільності дентальних імплантів при патології гепатобіліарної системи [Injuries of the maxillofacial area and their relationship with the psycho-emotional state of a person and the type of face]. *Вісник Вінницького національного медичного університету Reports of the Vinnytsia National Medical University*, 4(27), 596-600. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-09
- [25] Polishchuk, V. S., Polishchuk, S. S. (2022). Особливості перебігу післяопераційного періоду хворих після дентальної імплантації на фоні патології гепатобіліарної системи [Injuries of the maxillofacial area and their relationship with the psycho-emotional state of a person and the type of face]. *Вісник стоматології Bulletin of Dentistry*, (3), 51-56.
- [26] Sesti, L. F., Crispim, D., Canani, L. H., Polina, E. R., Rheinheimer, J., Carvalho, P. S., ... & Santos, K. G. (2015). The -308G>A polymorphism of the TNF gene is associated with proliferative diabetic retinopathy in Caucasian Brazilians with type 2 diabetes. *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 56(2), 1184-1190. DOI: 10.1167/iov.14-15758
- [27] Shi, Q., Zhang, T., Huo, N., Huang, Y., Xu, J., & Liu, H. (2017). Association between polymorphisms in interleukins and oral lichen planus: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 96(11), 6314. doi: 10.1097/MD.00000000000006314
- [28] Skyba, V. Ya., Hromagina, L. M., Polishchuk, O. O., Skyba, O. V., & Perekrst, T. V. (2023). Біохімічні та морфологічні зміни в ротовій рідині хворих на червоний плескатый лишай після проведеного лікування [Biochemical and morphological changes in the oral fluid of patients with lichen planus after treatment]. *Вісник стоматології Bulletin of Dentistry*, 1(122), 88-93.
- [29] Skyba, V. Ya., Shneider, S. A., Skyba, O. V., Khromagina, L. M., & Sedletska, A. O. (2021). Біохімічні та цитологічні зміни в ротовій рідині у хворих на червоний плескатый лишай [Biochemical and cytological changes in oral fluid in patients with lichen planus]. *Одеський медичний журнал Odesa Medical Journal*, (6), 48-52.
- [30] Stone, S. J., Mc Cracken, G. I., Heasman, P. A., Staines, K. S., & Pennington, M. (2013). Cost-effectiveness of personalized plaque control for managing the gingival manifestations of oral lichen planus: a randomized controlled study. *J. Clin Periodontol.*, 40(9), 859-867. doi: 10.1111/jcpe.12126
- [31] Zhou, Y., & Vieira, A. R. (2018). Association between TNF6 -308 G/A polymorphism and oral lichen planus (OLP): a meta-analysis. *J. Appl Oral Sci.*, 26(20), 170-184. doi: 10.1590/1678-7757-2017-0184
- [32] Zhu, Z. D., Ren, X. M., Zhou, M. M., Chen, Q. M., Hua, H., & Li, C. L. (2022). Salivary cytokine profile in patients with oral lichen planus. *J. Dent Sci.*, 17(1), 100-105. doi: 10.1016/j.jds.2021.06.013

A MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF RED FLAT LIQUID OF THE MOUTH CAVITY

Dmitriev M. O., Nazarchuk O. A., Furman R. L., Polishchuk S. S.

Annotation. Today, lichen planus (LP) is a chronic inflammatory disease of the skin and mucous membranes, which can lead to a number of complications, which are especially manifested in the absence of adequate treatment or in the course of severe recurrent

forms of the disease. The main insidiousness of all types of this disease is the duration of the course, when periods of "fading" are replaced by periods of exacerbation. The high risk of secondary skin infection is caused not by lichen planus itself, but by the addition of pathogenic microorganisms. In addition, the erosive-ulcerative form is classified as a facultative precancerous disease. Cancer later developed in 2% of patients with LP of the oral cavity. It is known that the cause of the development of complications of lichen planus in 5% of cases were pathogenic (transient) streptococci, in 17% pathogenic (transient) staphylococci, in 51% conditionally pathogenic (resident) diphtheroids, micrococci, and in 27% mixed microflora. The primary elements of the lesion in lichen planus are characteristic rashes that have specific signs. The main element of the rash in this disease is a papule. Papules have a flat surface, are small in size (1-3 mm in diameter), often polygonal in shape. They can be slightly shiny and have a purple or reddish-bluish color. A characteristic Wickham grid observed on the surface of the papules. This mesh structure is formed due to the special structure of the epidermis and becomes visible during wetting or during dermatoscopy. The main complications of lichen planus that can arise as a result of this disease can be in the form of infectious complications pyoderma (purulent skin lesions) and viral infections (herpetic impressions). Affected areas of the skin and mucous membranes in lichen planus are often irritated by itching and scratching, which can lead to the development of bacterial infections.

Keywords: *dentistry, lichen planus, therapeutic dentistry, dermatology, diseases of the mucous membrane of the oral cavity, clinic, diagnosis, treatment, complications.*
