

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-29(3)-17

УДК: 616.516.2-002.2-08:616.518-036

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

Скиба В. Я.*, Поліщук О. О.

*Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України» (вул. Рішельєвська, 11, м. Одеса, Україна, 65026),

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

Відповідальний за листування:
e-mail: olhapolishchuk7@ukr.net

Статтю отримано 30 червня 2025 р.; прийнято до друку 01 серпня 2025 р.

Анотація. Попри багаточисленні клінічні та експериментальні дослідження проблема лікування червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота все ще залишається актуальною. Вирішення питання лікування та профілактики переходу однієї форми червоного плоского лишая в іншу є пріоритетною проблемою системи охорони здоров'я, оскільки воно має не лише медичний, а й значний економічний аспект: такі пацієнти часто перебувають на стаціонарному лікуванні. Мета роботи – оцінити ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у хворих на червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота. Під нашим спостереженням та лікуванням перебувало 27 хворих на ерозивно-виразкову форму червоного плоского лишая: 22 жінки та 5 чоловіків віком від 24 до 74 років. Нами проведено вивчення активності ферментів у ротовій рідині хворих у перший день після виникнення ерозій та виразок, а також на 14-ту та 30-ту добу. Для лікування червоного плоского лишая доцільно застосовувати препарати, які зменшують запальний процес, нормалізують імунологічну реактивність, знижують процеси вільнорадикального окиснення ліпідів та усувають дисбіоз (у 7,7 раза). Застосування комплексу лікувально-профілактичних засобів сприяло зниженню процесу перекисного окиснення ліпідів, про що свідчить достовірно зниження вмісту малонового діальдегіду та підвищення активності антиоксидантного ферменту каталази. Лікування червоного плоского лишая має бути комплексним та етіопатогенетичним.

Ключові слова: червоний плоский лишай, захворювання слизової оболонки порожнини рота, ротова рідина, стоматологія, порожнина рота, діагностика, лікування, профілактика, терапевтична стоматологія.

Вступ

Попри багаточисленні клінічні та експериментальні дослідження проблема лікування червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота досі залишається актуальною [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15].

Уперше червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота описав у 1869 році Е. Вільсон як хронічне запально-деструктивне захворювання, що уражає слизову оболонку рота, а згодом і шкіру. Це одне з найпоширеніших захворювань слизової оболонки порожнини рота. Нині не існує єдиної гіпотези щодо його етіології та патогенезу. Дослідники виділяють декілька теорій виникнення: неврогенну, інтоксикаційну, інфекційну, імунологічну, спадкову, мембранодеструктивну, а також пов'язану з різною супутньою патологією організму [9, 11, 13, 14, 15].

Вирішення питання лікування та профілактики переходу однієї форми червоного плоского лишая в іншу є актуальною проблемою охорони здоров'я, оскільки воно має не лише медичний, а й важливий економічний аспект: такі хворі часто перебувають на стаціонарному лікуванні. Попри численні дослідження останніх років, етіологія та патогенез цього захворювання досі залишаються недостатньо з'ясованими, що ускладнює застосування ефективних етіопатогенетичних засобів для лікування та профілактики рецидивів [1, 2, 4, 5, 15, 16].

Відомо, що розробка ефективних методів лікування

та профілактики рецидивів червоного плоского лишая практично неможлива без чіткого розуміння патогенезу захворювання. Тому значних успіхів у цьому напрямі можна очікувати завдяки використанню біохімічних методів дослідження ротової рідини, які дозволяють глибше розкрити сутність процесів, що відбуваються в порожнині рота на різних етапах лікування. Водночас слід враховувати супутню патологію, тривалість терапії, а також частоту загострень і рецидивів [9, 10, 11, 12].

Тому вивчення медикаментозного комплексного лікування червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота є складним завданням, що потребує детального обґрунтування.

Мета роботи – оцінити ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у хворих на червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота.

Матеріали та методи

На амбулаторному лікуванні знаходилось 27 пацієнтів з ерозивно-виразковою формою червоного плоского лишая: 22 жінки та 5 чоловіків віком від 24 до 74 років.

До традиційного комплексного лікування хворих на червоний плоский лишай додали знеболювальні препарати, а також ті, які зменшують запальний процес, нормалізують імунологічну реактивність, знижують

процеси вільнорадикального окиснення ліпідів та усувають дисбіоз.

Було проведено обстеження цієї групи хворих до та після призначення курсу запропонованого комплексного лікування. Також здійснено вивчення активності ферментів у ротовій рідині пацієнтів у перший день після появи ерозій та виразок, а також на 14-ту і 30-ту добу.

У ротовій рідині людини містяться ферменти з антимікробними властивостями, а також ферменти, що беруть активну участь в оперативному контролі адаптації тканин порожнини рота під час різних змін у цілісному організмі.

Для досягнення поставленої мети проведено дослідження ротової рідини 27 хворих на червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота на різних етапах лікування: до початку терапії, на 14-ту та 30-ту добу після призначення як базового лікування (група порівняння – 12 хворих), так і запропонованого нами комплексного лікування (основна група – 15 хворих). Контрольну групу становили 10 практично здорових осіб. Стандартна терапія в пацієнтів групи порівняння охоплювала: усунення чинників травмування; полоскання порожнини рота відваром кори дуба та ромашки 3–4 рази на добу (2 тижні); лоратадин по 1 таблетці 1 раз на добу (2 тижні); німесіл по 1 саше 2 рази на добу (1 тиждень); цефадокс 200 по 1 таблетці 2 рази на добу (1 тиждень); аскорутин по 1 таблетці 3 рази на добу (2 тижні); дексаметазон 4 мг 2 рази на добу (1 тиждень).

Пацієнтам основної групи призначено таку схему лікування: усунення чинників травмування, за потреби – терапія основного захворювання; антисептична обробка ерозій та виразок препаратом «Лізоумкоїд» протягом 2 тижнів; спрей «Тантум Верде» (антисептична, протизапальна, знеболювальна дія) – 1 тиждень; аплікації препарату «Катомас» на ділянку ураження 2 рази на добу до повної епітелізації ерозій та виразок; німесіл по 1 саше 2 рази на добу або мажезик по 1 таблетці 3 рази на добу (1 тиждень); фітосед по 1 чайній ложці 3 рази на добу (2 тижні); ерікс по 1 таблетці 1 раз на добу (2 тижні); квертулін по 1 таблетці 3 рази на добу (2 тижні).

Стан метаболічних порушень у ротовій рідині хворих оцінювали за показниками маркерів запалення (активності ферменту еластази), процесів перекисного окиснення ліпідів (визначенням вмісту малонового діальдегіду), активності ферментів: антиоксидантного – каталази, активності уреаз та лізоциму, а також розраховували ступінь дисбіозу та оксидантно-проксидантний індекс.

У нашому дослідженні дотримано положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», які відображені у Гельсінській декларації (1964–2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), з урахуванням положень Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986) та наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009, № 944 від 14.12.2009, № 616 від 03.08.2012. Усі пацієнти перед початком лікування ознайомлювалися з умовами дослідження та підписували добровільну інформовану

згоду, яка не заперечує участь у дослідженні за умови дотримання заходів щодо забезпечення їхньої анонімності.

Наукове дослідження виконане в межах НДР кафедри терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М. І. Пирогова «Клініко-лабораторне обґрунтування удосконалення методів діагностики, лікування, прогнозування та профілактики стоматологічних захворювань» (№ державної реєстрації 0124U000174).

Результати. Обговорення

Проведене біохімічне дослідження ротової рідини у здорових людей та хворих на червоний плоский лишай на етапах лікування представлено в таблицях 1–7. Рівень малонового діальдегіду достовірно відрізнявся у групі пацієнтів із запропонованим лікуванням, наближаючись до показників контролю (табл. 1).

Таблиця 1. Вміст малонового діальдегіду в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Терміни дослідження	Вміст МДА, ммоль/л		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування
Контрольна група (n=10)	0,16 ± 0,01		
Група порівняння (n=12)	0,316 ± 0,027 p<0,001	0,292 ± 0,025 p<0,001 p ₁ >0,5	0,257 ± 0,020 p<0,001 p ₁ >0,1
Основна група (n=15)	0,327 ± 0,029 p<0,001 p ₂ >0,4	0,253 ± 0,021 p<0,001 p ₁ <0,05 p ₂ >0,25	0,180 ± 0,015 p>0,25 p ₁ <0,05 p ₂ <0,002

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

У всіх пацієнтів та здорових осіб у слині визначали активність еластази та рівень малонового діальдегіду, які є біохімічними маркерами запалення.

Отримані результати дослідження рівня малонового діальдегіду – кінцевого продукту перекисного окиснення ліпідів – свідчать, що у хворих на червоний плоский лишай з ерозивно-виразковою формою в перші дні спостерігалось достовірне збільшення рівня малонового діальдегіду практично вдвічі проти контрольної групи. Через 14 днів після призначення базової терапії відмічали незначне зниження активності досліджуваних ферментів відносно показників першого дня. Водночас у хворих, які отримували запропонований лікувально-профілактичний комплекс, вже через 14 днів спостерігалось достовірне зниження рівня малонового діальдегіду, хоча він залишався підвищеним проти показників здорових осіб.

Через 30 днів після призначеного лікування в групі порівняння рівень МДА знизився, водночас він залишався в 1,6 раза вищим відносно показників осіб контрольної групи.

В основній групі хворих через 30 днів відмічали зниження рівня МДА до показників здорових людей.

У таблиці 2 наведені отримані результати біохімічного

дослідження активності еластази ротової рідини хворих з ерозивно-виразковою формою червоного плоского лишая.

Таблиця 2. Активність еластази в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Терміни дослідження	Активність еластази, мк-кат/л		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування
Групи			
Контрольна група (n=10)	0,34 ± 0,03		
Група порівняння (n=12)	1,30 ± 0,10 p<0,001	0,94 ± 0,07 p<0,001 p ₂ <0,01	1,08 ± 0,09 p<0,001 p ₂ >0,1
Основна група (n=15)	1,17 ± 0,10 p<0,001 p ₁ >0,4	0,520 ± 0,04 p<0,001 p ₂ <0,01	0,43 ± 0,04 p>0,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

Як видно з даних, наведених у таблиці, у хворих у перші дні появи ерозій та виразок на слизовій оболонці ротової порожнини відмічалось достовірне збільшення активності цього ферменту – маркера запалення – майже в 3 рази проти показників контрольної групи.

Через 14 днів після призначення лікування активність еластази достовірно зменшувалася як у групі порівняння, так і в основній. Водночас активність еластази в основній групі достовірно зменшувалась практично в 3 рази як через 14 днів, так і через 30 днів і досягала рівня показників людей контрольної групи. У групі порівняння активність еластази в ці ж дні дослідження залишалась ще надто високою.

Еластаза бере активну участь у порушенні цілісності епідермально-дермального з'єднання, руйнуванні базальної мембрани та збільшенні міжепітеліальних проміжків слизової оболонки порожнини рота.

Нами проведено дослідження активності каталази – ферменту, який нейтралізує негативну дію активних форм кисню під час посилення процесів вільнорадикального окиснення ліпідів, що спостерігається у хворих на червоний плоский лишай. Активність антиоксидантного ферменту каталази в ротовій рідині у пацієнтів у перші дні рецидиву захворювання була достовірно (в 3–4 рази) нижчою, ніж у здорових осіб (табл. 3). Через 14 днів після призначення лікування активність ферменту підвищилася. Водночас у пацієнтів основної групи вона була достовірно вищою, ніж в перший день дослідження. Через 30 днів після проведеного лікування ми відмітили, що активність каталази як у групі порівняння, так і в основній групі практично досягла рівня здорових людей, водночас в основній групі вона залишалася вищою, ніж у групі порівняння.

Застосування лікувально-профілактичних препаратів сприяло зниженню процесу перекисного окиснення ліпідів про що свідчить достовірне зниження вмісту малонового

Таблиця 3. Активність каталази в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Терміни дослідження	Активність каталази, мк-кат/л		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування
Групи			
Контрольна група (n=10)	0,20 ± 0,02		
Група порівняння (n=12)	0,082 ± 0,007 p<0,001	0,093 ± 0,008 p<0,001 p ₁ >0,3	0,117 ± 0,010 p<0,002 p ₁ <0,01
Основна група (n=15)	0,065 ± 0,004 p<0,001 p ₁ <0,05	0,098 ± 0,007 p<0,001 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	0,142 ± 0,010 p<0,02 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

діальдегіду та підвищення активності антиоксидантного ферменту каталази.

Таблиця 4. Оксидантно-прооксидантний індекс у ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Терміни дослідження	АПІ, ум.од.		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування
Групи			
Контрольна група	12,5 ± 1,1		
Група порівняння	2,5 ± 0,1 p<0,001	3,2 ± 0,2 p<0,001 p ₁ <0,002	4,5 ± 0,3 p<0,001 p ₁ <0,002
Основна група	2,0 ± 0,2 p<0,001 p ₂ <0,05	3,9 ± 0,2 p<0,001 p ₁ <0,001 p ₂ <0,02	8,0 ± 0,5 p < 0 , 0 0 2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

У таблиці 4 наведені дані про антиоксидантно-прооксидантний індекс, розрахований за співвідношенням активності каталази до вмісту малонового діальдегіду за методом А. П. Левицького. Як видно із наведених результатів дослідження, у хворих на червоний плоский лишай індекс АПІ був знижений в 5 разів, що свідчить про дисбаланс у системі антиоксидантів і прооксидантів.

Через 14 днів після проведеного лікування розраховане співвідношення активності каталази до вмісту малонового діальдегіду (індекс АПІ) достовірно зросло проти першого дня дослідження, однак залишалось в 4 рази нижчим за показники контрольної групи. Через 30 днів після лікування індекси АПІ достовірно збільшилися, проте ще залишалися нижчими за рівень здорових людей. Водночас індекс АПІ в основній групі практично був удвічі вищим, ніж у групі порівняння.

Стан мікробного обмінення ротової порожнини у хворих на червоний плоский лишай оцінювали за активністю ферменту уреазу в ротовій рідині. Відомо,

що фермент уреазу продукується тільки патогенною та умовно патогенною мікрофлорою.

Як видно з результатів, наведених у таблиці 5, у ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай відмічалось достовірне збільшення активності цього ферменту (в 3 рази). Проведене лікування спричинило зниження активності уреазу в основній групі хворих у 4 рази, і ця тенденція зберігалася як на 14-й, так і на 30-й день спостереження. Водночас застосування базової терапії не призводило до зниження активності ферменту уреазу.

Таблиця 5. Активність уреазу в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Групи	Активність уреазу, мк-кат/л		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування
Контрольна група (n=10)	0,068±0,004		
Група порівняння (n=12)	0,208±0,017 p<0,001	0,183±0,015 p<0,001 p ₂ >0,25	0,197±0,014 p<0,001 p ₂ >0,7
Основна група (n=15)	0,219±0,019 p<0,001 p ₁ >0,6	0,050±0,004 p<0,002 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	0,045±0,003 p<0,001 p ₂ <0,001

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

Рівень неспецифічного імунітету ротової порожнини у хворих на червоний плоский лишай оцінювали за активністю ферменту лізоциму в ротовій рідині. Фермент лізоцим належить до класу гідролаз і окрім стимуляції неспецифічного імунітету, руйнує клітинну оболонку бактерій, а також виявляє протизапальну дію. Цей фермент у великій кількості міститься в поліморфоядерних нейтрофілах і в ротовій рідині.

Як видно із даних, наведених у таблиці 6, у ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай відмічається зниження активності лізоциму в 3 рази.

Призначене лікування призвело до достовірного підвищення ферменту як в групі порівняння, так і в основній групі через 14 днів. Через 30 днів ми спостерігали достовірне збільшення активності лізоциму в ротовій рідині хворих основної групи в 2,6 рази відносно показників першого дня. У групі хворих, які отримували базову терапію, відмічали підвищення активності лізоциму, проте він був у 2 рази нижчий, ніж в осіб контрольної групи.

Ступінь дисбіозу в ротовій рідині хворих розраховували за співвідношенням відносних активностей уреазу та лізоциму за методом А. П. Левицького. Ступінь дисбіозу свідчить про мікробіоценоз ротової порожнини. Як видно з даних, наведених у таблиці 7, у ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай ступінь дисбіозу до лікування був в 9 разів вищим, ніж у практично здорових людей. Під час лікування він знижувався як в основній групі

Таблиця 6. Активність лізоциму в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Групи	Терміни дослідження	Активність лізоциму, од/л		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування	
Контрольна група (n=10)	130,2 ± 10,3			
Група порівняння (n=12)	42,39 ± 4,10 p<0,001	60,30 ± 5,82 p<0,001 p ₂ <0,02	58,20 ± 5,34 p<0,001 p ₂ <0,02	
Основна група (n=15)	44,56 ± 4,23 p<0,001 p ₁ >0,7	78,59 ± 7,26 p<0,001 p ₁ >0,1 p ₂ <0,02	116,17 ± 10,8 p>0,4 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

хворих, так і в групі порівняння. Водночас показник у групі порівняння знизився в 1,6 рази, а в основній групі – в 7,7 рази і наближався до рівня практично здорових людей. Через 30 днів після терапії в основній групі хворих ступінь дисбіозу став достовірно нижчим відносно показників осіб контрольної групи. Водночас у групі порівняння на 30-й день показник ступеня дисбіозу залишався практично на рівні досліджень 14-го дня.

Таблиця 7. Ступінь дисбіозу в ротовій рідині хворих на червоний плоский лишай.

Групи	Терміни дослідження	Ступінь дисбіозу, ум.од		
	до лікування	через 14 днів після лікування	через 30 днів після лікування	
Контрольна група (n=10)	1,0 ± 0,1			
Група порівняння (n=12)	9,41 ± 0,81 p<0,001	5,81 ± 0,47 p<0,001 p ₂ <0,002	6,51 ± 0,54 p<0,001 p ₂ <0,01	
Основна група (n=15)	9,42 ± 0,75 p<0,001 p ₁ >0,8	1,22 ± 0,11 p>0,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	0,74 ± 0,06 p<0,05 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	

Примітки: p – достовірність відмінностей від показника контрольної групи; p₁ – достовірність відмінностей від початкового стану; p₂ – достовірність відмінностей між показниками у групах.

Згідно з результатами дослідження ротової рідини, наведеними в таблицях, запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс знижував запальні процеси, пероксидне окиснення ліпідів, розвиток умовно-патогенної мікробіоти та ступінь дисбіозу, а також стимулював неспецифічний антимікробний і антиоксидантний захист порожнини рота.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Під час червоного плоского лишая доцільно застосовувати препарати, які зменшують запальний процес, нормалізують імунологічну реактивність, знижують процеси вільнорадикального окиснення ліпідів та усувають дисбіоз.

2. Застосування комплексу лікувально-профілактичних засобів сприяло зниженню процесу перекисного окиснення ліпідів, про що свідчить достовірне зниження вмісту малонового діальдегіду та підвищення активності антиоксидантного ферменту каталази.

3. Лікування червоного плоского лишая має бути комплексним та етіопатогенетичним.

Отримані результати мають вагомe значення не лише для фундаментальної науки, а й для розробки клінічних стратегій комплексного етіопатогенетичного лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини. Подальше вивчення цих процесів є необхідним, оскільки сприятиме зниженню ризику ускладнень та частоти рецидивів патології слизової оболонки рота.

Список посилань – References

- [1] Cai, X., Zhang, J., Zhang, H., & Li, T. (2022). Overestimated risk of transformation in oral lichen planus. *Oral Oncol.*, (133), 106025. doi: 10.1016/j.oraloncology.2022.106025
- [2] Chen, J., Liu, K., Sun, X., Shi, X., Zhao, G., & Yang, Z. (2022). Microbiome landscape of lesions and adjacent normal mucosal areas in oral lichen planus patient. *Front Microbiol.*, (13), 992065. doi: 10.3389/fmicb.2022.992065
- [3] Dmitriev, M. O., Nazarchuk, O. A., Furman, R. L., & Polishchuk, S. S. (2024). A modern view on the problem of red flat liquid of the mouth cavity. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 28(4), 749-754. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(4\)-28](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(4)-28)
- [4] Karimova, M., Moyes, D., Ide, M., & Setterfield, J. F. (2022). The human microbiome in immunobullous disorders and lichen planus. *Clin. Exp. Dermatol.*, 47(3), 522-528. doi: 10.1111/ced.14987
- [5] Melnyk, T. V. (2020). Динаміка показників гомоцистеїну, перекисного окиснення ліпідів і маркерів ендотоксикозу у хворих на червоний плоский лишай різного віку під впливом комплексної терапії [Dynamics of indicators of homocysteine, lipid peroxidation and markers of endotoxemia in patients with lichen planus of different ages under the influence of complex therapy]. *Дерматологія та венерологія – Dermatology and venereology*, 1(87), 32-38.
- [6] Melnyk, T. V., Bondar, S. A., & Nalizhytyi, A. A. (2019). Дослідження рівня гомоцистеїну в крові хворих на червоний плоский лишай [Study of the level of homocysteine in the blood of patients with lichen planus] *Дерматологія та венерологія – Dermatology and venereology*, 3(85), 62.
- [7] Polishchuk, O. O., & Verbytska, T. H. (2025). Assessment of Genetic Factors in Oral Mucosal Lichen Planus. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 29(2), 287-291. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2025-29\(2\)-19](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2025-29(2)-19)
- [8] Polishchuk, O. O., Skyba, V. Ya., & Perekrest, T. V. (2023). Біофізичні показники слизової оболонки порожнини рота, мікроциркуляторного русла та ротової рідини у хворих на червоний плоский лишай [Biophysical 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 Vinnytsia National Medical University*, 2(27), 243-247.
- [9] Polishchuk, S. S. (2003). Травми щелепно-лищевої ділянки та їх зв'язок з психоемоційним станом людини і типом обличчя [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*, (9), 147-150.
- [10] Polishchuk, S. S. (2005). Корекція психоемоційного стану у хворих з травмами щелепно-лищевої ділянки [Correction of psychoemotional state in patients with injuries of the maxillofacial area]. *Вісник стоматології – Bulletin of Dentistry*, (1), 50-56.
- [11] Polishchuk, S. S. (2016). Експериментальне дослідження впливу квертуліну на загоєння травматичних пошкоджень нижньої щелепи щурів [An experimental study of the effect of quertuline on the healing of traumatic injuries of the lower jaw of rats]. *Вісник стоматології – Bulletin of Dentistry*, 2(27), 17-22.
- [12] Rodriguez-Archilla, A., & Fernandez-Torralbo, S. (2022). Candida species colonization in oral lichen planus: A meta-analysis. *Int. J. Health Sci. (Qassim)*. 16(4). 58-63. PMID: 35949691
- [13] Rotaru, D. I., Sofineti, D., Bolboacă, S. D., & Bulboacă, A. E. (2020). Diagnostic Criteria of Oral Lichen Planus: A Narrative Review. *Acta Clin. Croat.*, 59(3), 513-522. doi: 10.20471/acc.2020.59.03.16
- [14] Skyba, V. Ya., & Shnaider, S. A. (2022). Структурно-метаболичні порушення в тканинах порожнини рота при гепатобіліарній патології та їх корекція [Structural and metabolic disorders in the tissues of the oral cavity in hepatobiliary pathology and their correction]. *Одеса: вид-во КП ОМД*.
- [15] Villa, T. G., Sánchez-Pérez, Á., & Sieiro, C. (2021). Oral lichen planus: a microbiologist point of view. *Int. Microbiol.*, 24(3), 275-289. doi: 10.1007/s10123-021-00168-y
- [16] Wang, R., Zhang, X., & Wang, S. (2022). Differential genotypes of TNF- α and IL-10 for immunological diagnosis in discoid lupus erythematosus and oral lichen planus: A narrative review. *Front Immunol.*, (13), 967281. doi: 10.3389/fimmu.2022.967281

EFFECTIVENESS OF THE USE OF A THERAPEUTIC AND PREVENTIVE COMPLEX IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ORAL MUCOSAL LICHEN PLANUS

Skyba V. Ya., Polishchuk O. O.

Annotation. Despite numerous clinical and experimental studies, the problem of treating oral mucosal lichen planus remains relevant. Addressing the issues of treatment and prevention of the progression of one form of oral lichen planus into another is an urgent healthcare problem, bearing not only medical but also significant economic importance, since such patients often require prolonged hospitalization. The aim of our study was to evaluate the effectiveness of the proposed therapeutic and preventive complex in the treatment of patients with oral mucosal lichen planus. Our observations included 27 patients with the erosive-ulcerative form of lichen planus (22 women and 5 men), aged 24 to 74 years. We assessed the enzymatic activity in oral fluid on the first day after the onset of erosions and ulcers, as well as on the 14th and 30th days of treatment. In oral lichen planus, it is advisable to use agents that reduce inflammation, normalize immunological reactivity, decrease free radical lipid peroxidation, and eliminate dysbiosis (by 7.7 times). The application of the therapeutic and preventive complex contributed to a decrease in lipid peroxidation processes, as evidenced by a significant reduction in malondialdehyde levels and an increase in the activity of the antioxidant enzyme catalase. The treatment of oral lichen planus should therefore be comprehensive and etiopathogenetic.

Keywords: lichen planus, oral mucosal disease, oral fluid, dentistry, oral cavity, diagnosis, treatment, prevention, therapeutic dentistry.