

УДК: 616.311:616.516

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧЕРВОНИМ ПЛОСКИМ ЛИШАЄМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Божик С.С.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Тернопіль, Україна*

Розвиток червоного плоского лишая (ЧПЛ) пов'язаний з дією різноманітних токсинів, алергенів, інфекційних агентів, порушеннями роботи імунітету. Метою роботи було вивчення стоматологічного статусу пацієнтів із ЧПЛ, його ролі у розвитку та перебігу хвороби, впливу на результати лікування. Проведено клінічне стоматологічне обстеження 37 пацієнтів, серед яких були 31 (83,78 %) жінка віком 33–65 років; 6 (16,22 %) чоловіків віком 23–52 роки. На момент первинного звернення реєстрували показники інтенсивності та поширеності карієсу, наявність некаріозних уражень, зубощелепних аномалій та деформацій, гігієнічні та пародонтологічні показники. Зубощелепні деформації та аномалії м'яких тканин порожнини рота діагностували у 59,46 %, клиноподібні дефекти – у 24,32 %, патологічну стертість – у 18,92 % усіх обстежених пацієнтів обох статей. Інтенсивність карієсу складала $7,89 \pm 0,46$. Показник індексу гігієни за Грінном-Вермільйоном становив $(2,13 \pm 0,05)$ бала. Поширеність запальних та дистрофічно-запальних змін у тканинах пародонта на момент первинного обстеження у стоматолога становила $(83,78 \pm 6,39)$ %, що дозволяє констатувати високий ступінь компрометації тканин пародонта. Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) склав $(26,95 \pm 2,70)$ %, що відповідає гінгівіту середнього ступеня тяжкості, а індекс кровоточивості сосочків (РВІ) за Muhlemann-Saxer – $(1,40 \pm 0,14)$ бала. Отримані результати про віковий та статевий розподіл пацієнтів із ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота погоджуються із даними закордонних науковців останніх років, які свідчать про високу активність маніфестації даного захворювання у жінок перименопаузального віку, зокрема ендокринних змін у жінок, особливо у виробленні статевих стероїдних гормонів та пролактину. Наявність обтяженого стоматологічного статусу є місцевим фактором ризику, слугує механізмом, що приводить в дію етіологічні чинники та посилює вже існуючі зміни. Одержані результати також свідчать про необхідність розробки комплексу професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота у пацієнтів із ЧПЛ, а також на взаємозв'язок їх стоматологічного статусу та змін слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: червоний плоский лишай, дерматоз, передрак.



Цитуйте українською: Божик СС. Клінічна характеристика стоматологічного статусу пацієнтів із червоним плоским лишаям слизової оболонки порожнини рота. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(3):82-90. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.3.boz>

Cite in English: Bozhyk SS. Clinical characteristics of the dental status of patients with red lichen planus of the mucous membrane of the oral cavity. Medicine Today and Tomorrow. 2021;90(3):82-90. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.3.boz> [in Ukrainian].

Вступ

Єдиної гіпотези етіології та патогенезу червоного плоского лишая (ЧПЛ) слизової оболонки порожнини рота на сьогодні не існує. Більшість авторів розглядають його як багатофакторне захворювання вірусної етіології, яке розвивається на тлі токсикоалергічних реакцій та інших порушень імунітету [1–3].

Для даного дерматозу характерне різноманіття клінічних проявів, що створює певні труднощі в постановці діагнозу. На слизовій оболонці діагностується типовий, ерозивно-виразковий, або ексудативно-гіперемічний елемент ураження. На шкірі можливі кільцеподібні або лінійні ураження з порушеною пігментацією [4–7].

На шкірі, дерматоз розвивається частіше в осіб активного працездатного віку, характеризується дисемінованим висипом, інтенсивним свербіжем і тривалим перебігом, часто резистентним до базової терапії, внаслідок чого ЧПЛ чинить негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їх працездатність і соціальну активність [8]. ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота розглядається як потенційно передраковий стан з можливістю розвитку плоскоклітинного раку. Зазначене вище диктує важливе медико-соціальне значення цього захворювання та обґрунтовує актуальність досліджень з вивчення етіопатогенетичних чинників і вдосконалення способів лікування даного захворювання [9].

На думку багатьох дослідників, зміни в ділянці слизової оболонки порожнини рота більшою мірою пов'язані з загальними патологічними процесами, що викликають розвиток ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота. Таким чином, очевидною є необхідність раннього виявлення патологічних станів, які є факторами ризику розвитку цього захворювання [10–12].

Останніми роками збільшилася кількість випадків даного дерматозу, який має агресивний клінічний перебіг, а також низку форм, що створюють певні труднощі в діагностичному аспекті. Виділяють кілька теорій виникнення ЧПЛ: неврогенну, інтоксикаційну, інфекційну, імунологічну, спадкову, мембрано-деструктивну і теорію взаємозв'язку з супутньою патологією [13].

У хворих з ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота посилюються процеси вільнорадикального окислення і знижується активність антиоксидантної системи ротової рідини, підвищенням вмісту дієнових і трієнових кон'югатів, збільшенням концентрації основ Шиффа і зниженням коефіцієнта окислення [14; 15].

Не дивлячись на численні дослідження, проведені у даному напрямку, не досить чітко окреслена роль стоматологічного статусу пацієнтів із ЧПЛ як чинника обтяження перебігу захворювання та його впливу на результати лікування.

Метою дослідження є об'єктивізація стоматологічного статусу пацієнтів із червоним плоским лишаєм задля вивчення ролі останнього у розвитку, перебігу та впливу на результати лікування пацієнтів.

Матеріали та методи

Діагностичне обстеження пацієнтів проводили згідно зі Стандартами діагностики та лікування стоматологічних хворих [16; 17].

Для досягнення поставленої мети проведено клінічне стоматологічне обстеження 37 пацієнтів за загальноприйнятими критеріями, які включали суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження. На момент первинного звернення реєстрували показники інтенсивності та поширеності каріозного процесу, наявність некаріозних уражень, зубоцелєпних аномалій та деформацій,

гігієнічний індекс Гріна-Вермільйона [18, с. 29], включаючи сумарний індекс зубного нальоту та каменю. Пародонтологічний статус об'єктивізували на основі папілярно-маргінально-альвеолярний індексу (papillary-marginal-alveolar (PMA) index) в модифікації С. Parma [18, с. 50], індекс кровоточивості ясен визначали за Muhlemann-Saxer [18, с. 57]. Вивчення потреби в різних видах лікувально-профілактичної пародонтологічної допомоги проводили за допомогою індексу CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs, 1982) [18, с. 84]. Результати заносили в амбулаторні карти стоматологічного хворого форми № 043/о.

У пацієнтів на момент дослідження на підставі даних анамнезу виключали захворювання ЛОР-органів, травного каналу, жовчовивідних шляхів, гнійно-септичні процеси, туберкульоз, а також наявність вагітності, використання гормональних методів контрацепції за 6 місяців до дослідження, куріння, зловживання алкоголем і гострою їжею, використання жувальної гумки.

Результати та їх обговорення

Беручи до уваги відсутність чітких уявлень стосовно етіології та патогенезу ЧПЛ, всебічної об'єктивізації потребує стоматологічний статус пацієнтів, оскільки провідними місцевими чинниками, що впливають на розвиток та перебіг даного захворювання, є хронічна травматизація слизової оболонки порожнини рота, зумовлена патологією твердих тканин зубів, наявністю ортопедичних конструкцій, порушення слиновиділення, шкідливі звички та наявність зубних відкладень [19]. Констатуючи досить високу чутливість слизової оболонки порожнини рота до ендогенних впливів, зокрема стресових, метаболічних, нейроендокринних та судинних, доцільно окреслити аспекти взаємозв'язку стоматологічного статусу та важкості клінічного перебігу ЧПЛ.

Проведено клінічне стоматологічне обстеження 37 пацієнтів, серед яких були 31 (83,78 %) жінка віком 33–65 років; 6 (16,22 %) чоловіків віком 23–52 роки. Під час об'єктивізації стоматологічного статусу визначали стан прикусу, гігієни порожнини рота, фіксували індексні параметри стану твердих тканин зубів, тканин пародонта, стан присінку, власне слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки.

Патологію прикусу, наявність зубощелепних деформацій та аномалій м'яких тканин порожнини рота діагностували у 22 осіб, що складає 59,46 % від загальної кількості пацієнтів. Серед некаріозних уражень клиноподібні дефекти переважали у 9 (24,32%) обстежених осіб та патологічна стертість у 7 пацієнтів (18,92 %) (рис. 1).

Поширеність карієсу при цьому склала $(62,16 \pm 7,00)$ %, що становить 23 пацієнти. Поширеність пломбованих зубів становила $(91,90 \pm 7,00)$ % (у 34 осіб), видалених – $(70,27 \pm 6,30)$ % (у 26 осіб). Наведені дані дають можливість констатувати високу поширеність каріозного процесу у обстежених осіб.

Інтенсивність карієсу у пацієнтів із ЧПЛ складає $(7,89 \pm 0,46)$, що дає можливість інтерпретувати даний показник як дуже високий (рис. 2).

За умови оцінки стану гігієни порожнини рота, на момент первинного огляду показник індексу гігієни за Гріном-Вермільйоном становив $(2,13 \pm 0,05)$ бала, за умови індексу зубного нальоту – $(1,23 \pm 0,03)$ бала та зубного каменю – $(0,90 \pm 0,02)$ бала, що дає можливість констатувати поганий рівень гігієни (рис. 3).

При об'єктивізації пародонтологічного статусу пацієнтів із ЧПЛ основними скаргами були періодична кровоточивість ясен, відчуття дискомфорту, біль у яснах під час чищення зубів та неприємний запах з порожнини рота. Більшість пацієнтів пов'язували ці скарги

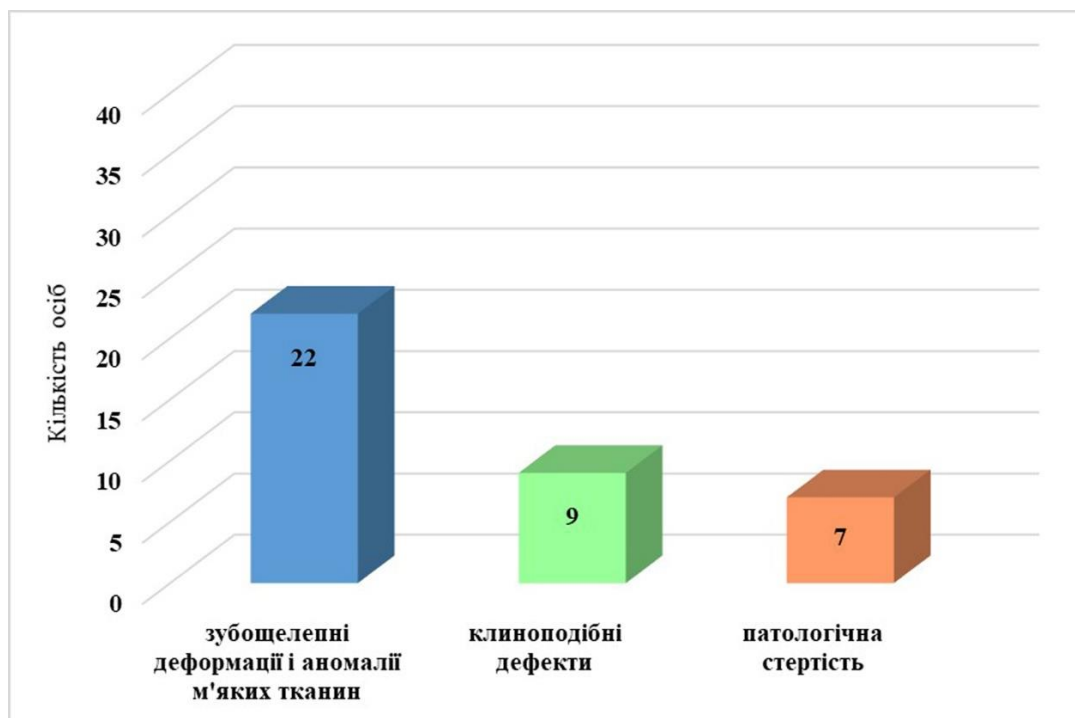


Рис. 1. Кількісні параметри зубощелепних аномалій та некаріозних уражень у пацієнтів із червоним плоским лишаєм.

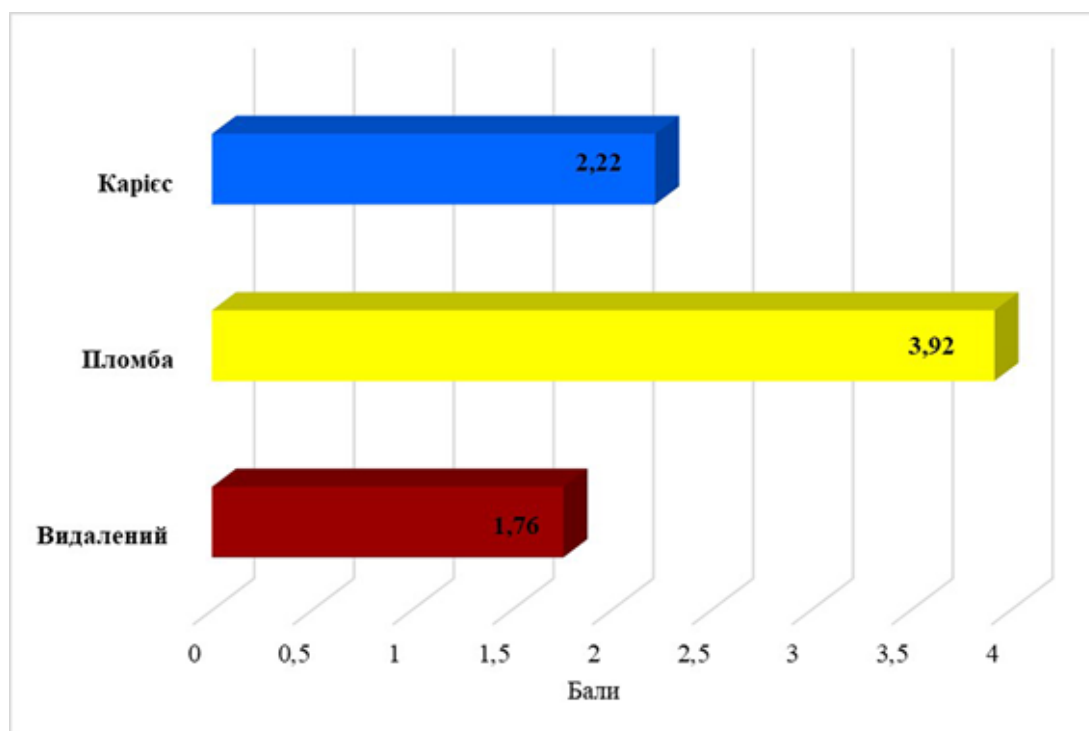


Рис. 2. Показники інтенсивності каріозного процесу у пацієнтів із червоним плоским лишаєм.

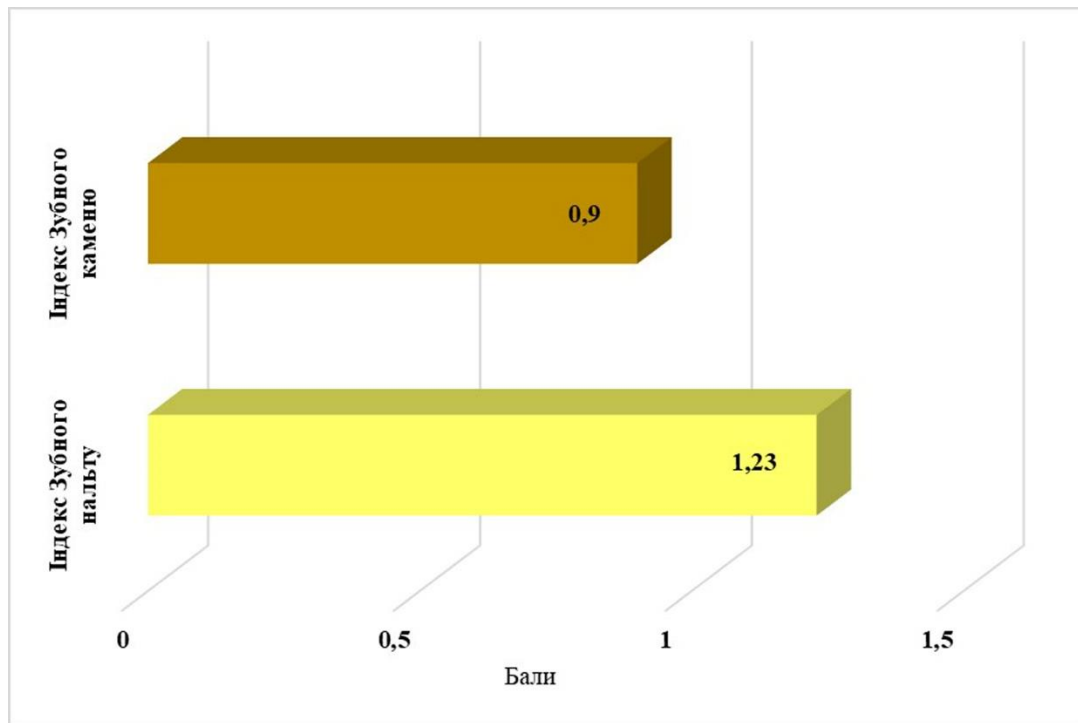


Рис. 3. Показники інтенсивності каріозного процесу у пацієнтів із червоним плоским лишаям.

ги із загостренням основного захворювання. Також вони корелювали зі ступенем активності ЧПЛ в порожнині рота.

Поширеність запальних та дистрофічно-запальних змін у тканинах пародонта на момент первинного обстеження у стоматолога дорівнювала $(83,78 \pm 6,39) \%$, що становить 31 особу, та дає можливість стверджувати про високий ступінь компрометації тканин пародонта у пацієнтів із ЧПЛ.

При цьому індекс РМА становив $(26,95 \pm 2,70) \%$, що відповідає гінгівіту середнього ступеня тяжкості, а індекс Muhlemann-Saxer – $(1,40 \pm 0,14)$ бала, що свідчить про вираженість кровоточивості ясен, характерної для гінгівіту середнього ступеня.

Отримані результати стосовно вікового та статевого розподілу пацієнтів із ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота погоджуються із напрацюваннями закордонних науковців останніх років, які свідчать про високу активність мані-

фестації даного захворювання у жінок перименопаузального віку [20].

Гормональні коливання під час перименопаузи призводять до ендокринних змін у жінок, особливо у виробленні статевих стероїдних гормонів та пролактину [21].

Існують дані про роль естрогену та прогестерону у аутоімунних захворюваннях, таких як розсіяний склероз, системний червоний вовчак та ревматоїдний артрит [20], згідно яких частота ЧПЛ у жінок у перименопаузі становить $10,91 \%$, що вище, ніж частота у загальній популяції на $0,5-2,0 \%$.

Наявність зубощелепних деформацій та аномалії м'яких тканин порожнини рота у $59,46\%$ осіб, високі показники інтенсивності карієсу $(7,89 \pm 0,46)$, висока поширеність хвороб пародонта $(83,78 \pm 6,39) \%$ та недостатня гігієна порожнини рота $(2,13 \pm 0,05)$ бала за Грінном-Вермільйоном вказують на обтяжений стоматологічний статус місце-

вими факторами ризику, які як започатковують процеси патогенезу, так і посилюють вже існуючі зміни.

Дане положення вказує на необхідність розробки індивідуального алгоритму стоматологічної допомоги для жінок перименопаузального періоду, який би передбачав кратність візитів до стоматолога на рік, об'єктивізацію стану не лише твердих тканин, а і слизової оболонки порожнини рота, з метою визначення місцевих факторів ризику ЧПЛ.

Висновки

Комплексний аналіз кількісних параметрів гігієни порожнини рота, поширеності, інтенсивності каріозного про-

цесу та пародонтологічного статусу дає можливість констатувати потребу у розробці комплексу професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота у пацієнтів із ЧПЛ, що вказує на існування взаємозв'язку стоматологічного статусу зі змінами слизової оболонки порожнини рота, обумовленими ЧПЛ.

Перспективність дослідження

Надалі планується деталізація реорганізації клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів із ЧПЛ, залежно від його клініко-морфологічної форми, та розробка цитологічних предикторів трансформації.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Бродовська НБ. Динаміка клінічних та окремих імунологічних показників у хворих на червоний плоский лишай у процесі комплексного лікування. Журнал дерматовенерології та косметології імені М.О. Торсуєва. 2018;2:6–15. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jdokit_2018_2_3
2. Бродовська НБ, Денисенко ОІ, Перепічка МП. Стан захворюваності на червоний плоский лишай у жителів Чернівецької області (Північної Буковини). Журнал дерматовенерології та косметології імені М.О. Торсуєва. 2018;1.:42–8. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jdokit_2018_1_8
3. Lucchese A, Di Stasio D, Romano A, Fiori F, De Felice GP, Lajolo C, et al. Correlation between Oral Lichen Planus and Viral Infections Other Than HCV: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022;11(18):5487. DOI: 10.3390/jcm11185487. PMID: 36143134.
4. Ішков МО, Караван ЯР. Випадок ерозивно-виразкової форми червоного плоского лишая. Клінічна та експериментальна патологія. 2019;18(1):153–5. Доступно на: <http://ser.bsmu.edu.ua/article/view/1727-4338.XVIII.1.68.2019.26>
5. Kolenko YG, Timokhina TO, Lynovytska OV, Mialkivskyi KO, Khrol NS. Epidemiological situation of pre-cancer diseases of the oral mucous in Ukraine. *Wiad Lek*. 2022;75(6):1453–8. DOI: 10.36740/WLek202206105. PMID: 35907215.
6. Cai X, Zhang J, Zhang H, Li T. Overestimated risk of transformation in oral lichen planus. *Oral Oncol*. 2022;133:106025. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2022.106025. PMID: 35858493.
7. Palaniappan P, Baalann KP. Erosive oral lichen planus. *Pan Afr Med J*. 2021;40:73. DOI: 10.11604/pamj.2021.40.73.26013. PMID: 34804341.
8. Tampa M, Caruntu C, Mitran M, Mitran C, Sarbu I, Rusu LC, et al. Markers of Oral Lichen Planus Malignant Transformation. *Dis Markers*. 2018;2018:1959506. DOI: 10.1155/2018/1959506. PMID: 29682099.
9. Olejnik M, Jenerowicz D, Adamski Z, Czarnecka-Operacz M, Dorocka-Bobkowska B. The prevalence of contact hypersensitivity in patients with oral lichen planus. *Postepy Dermatol Alergol*. 2022;39(4):668–74. DOI: 10.5114/ada.2021.107549. PMID: 36090725.
10. Мельник ТВ, Бондар СА. Вплив комплексної терапії на показники маркерів оксидантного стресу у хворих на червоний плесканий лишай. Український журнал дер-

матології, венерології, косметології. 2019;2(73):45–9. Доступно на: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/678015.pdf>

11. Sundararajan A, Muthusamy R, Gopal Siva K, Harikrishnan P, Kumar SCK, Rathinasamy SK. Correlation of Mast Cell and Angiogenesis in Oral Lichen Planus, Dysplasia (Leukoplakia), and Oral Squamous Cell Carcinoma. *Rambam Maimonides Med J.* 2021;12(2):e0016. DOI: 10.5041/RMMJ.10438. PMID: 33938803.

12. Chiang CP, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Lu SY, Sun A. Oral lichen planus - Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematologic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc.* 2018;117(9):756–65. DOI: 10.1016/j.jfma.2018.01.021. PMID: 29472048.

13. Raj AT, Patil S. Diagnostic flaws in oral lichen planus and related lesions. *Oral Oncol.* 2017;74:190–1. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2017.10.003. PMID: 28993107.

14. Мельник ТВ, Бондар СА, Гаврилюк АО. Сучасні патогенетичні аспекти та методи лікування червоного плоского лишая Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017;2(21):553–7. Доступно на: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/57/50>

15. Коломієць СВ, Удальцова КО, Шинкевич ВІ. Рекомендації щодо тактики при виявленні потенційно злоякісних уражень у порожнині рота. Український стоматологічний альманах. 2018;1:75–8. Режим доступу: <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/313/311>

16. Наказ МОЗ України № 499 від 10.08.2011 «Про затвердження стандартів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги». Чинний у 2021. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0499282-11>

17. Наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія». Чинний у 2021. Доступно на: <https://is.gd/hO1eev>

18. Куцевляк ВФ, Лахтін ЮВ. Індексна оцінка пародонтального статусу: навчальний посібник. 2-ге вид., перероб. і доп. Суми: видавничо-виробниче підприємство «Мрія»; 2015. 104 с. Режим доступу: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/41768/1/stomatology.pdf>

19. Thongprasom K. Oral lichen planus: Challenge and management. *Oral Dis.* 2018;24(1–2):172–3. DOI: 10.1111/odi.12712. PMID: 29480607

20. Mohan RPS, Gupta A, Kamarthi N, Malik S, Goel S, Gupta S. Incidence of Oral Lichen Planus in Perimenopausal Women: A Cross-sectional Study in Western Uttar Pradesh Population. *J Midlife Health.* 2017;8(2):70–4. DOI: 10.4103/jmh.JMH_34_17. PMID: 28706407

21. Gupta A, Mohan RP, Gupta S, Malik SS, Goel S, Kamarthi N. Roles of serum uric acid, prolactin levels, and psychosocial factors in oral lichen planus. *J Oral Sci.* 2017;59(1):139–146. DOI: 10.2334/josnusd.16-0219. PMID: 28367894.

Bozhyk S.S.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH RED LICHEN PLANUS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

The development of lichen planus (RLP) is associated with the action of various toxins, allergens, infectious agents, and disorders of the immune system. The aim of the work was to study the dental status of patients with RLP, its role in the development and course of the

disease, and the impact on treatment outcomes. A clinical dental examination was carried out in 37 patients, including 31 women (83.78% of those examined) aged 33–65 years; 6 men 16.22%, aged 23 to 52 years. By the time of the initial visit, indicators of the intensity and prevalence of caries, the presence of non-carious lesions, dentoalveolar anomalies and deformities, hygienic and periodontal indicators were recorded. Dental deformities and anomalies of the soft tissues of the oral cavity were diagnosed in 59.46% of all examined patients of both sexes, wedge-shaped defects – in 24.32% of all examined patients of both sexes, pathological wear – in 18.92% of all examined patients. The intensity of caries was 7.89 ± 0.46 . The Green-Vermillion hygiene index was (2.13 ± 0.05) points. The prevalence of inflammatory and dystrophic-inflammatory changes in periodontal tissues at the time of the initial examination at the dentist was $(83.78 \pm 6.39) \%$, which allows us to state a high degree of compromise of periodontal tissues. The papillary-marginal-alveolar index (PMA) was $(26.95 \pm 2.70) \%$, which corresponds to moderate gingivitis, and the Muhlemann-Saxer papillary bleeding index (PBI) was (1.40 ± 0.14) points. The results obtained regarding the age and sex distribution of patients with RLP agree with the developments of foreign scientists of recent years, indicating a high activity of the manifestation of this disease in women of perimenopausal age, in particular, endocrine changes in women, especially in the production of sex steroids. The presence of aggravated dental status is a local risk factor and serves as a mechanism that activates etiological factors and intensifies already existing changes. The results obtained indicate the need to develop a complex of professional and individual oral hygiene in patients with RLP, as well as the relationship between their dental status and changes in the oral mucosa.

Keywords: *red lichen planus, dermatosis, precancer.*

Божик С.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Развитие красного плоского лишая (КПЛ) связано с действием разнообразных токсинов, аллергенов, инфекционных агентов, нарушениями работы иммунитета. Целью работы было изучение стоматологического статуса пациентов с КПЛ, его роли в развитии и течении болезни, влияния на результаты лечения. Проведено клиническое стоматологическое обследование 37 пациентов, среди которых была 31 женщина (83,78 % обследованных) в возрасте 33–65 лет; 6 мужчин (16,22 %), в возрасте от 23 до 52 лет. К моменту первичного обращения регистрировали показатели интенсивности и распространенности кариеса, наличие некариозных поражений, зубочелюстных аномалий и деформаций, гигиенические и пародонтологические показатели. Зубочелюстные деформации и аномалии мягких тканей полости рта диагностировали у 59,46 %, клиновидные дефекты – у 24,32 %, патологическую стертость – у 18,92 % всех обследованных пациентов обоих полов. Интенсивность кариеса составляла $7,89 \pm 0,46$. Показатель индекса гигиены по Грину-Вермиллиону составлял $(2,13 \pm 0,05)$ балла. Распространенность воспалительных и дистрофически-воспалительных изменений в тканях пародонта на момент первичного обследования у стоматолога составляла $(83,78 \pm 6,39) \%$, что позволяет констатировать высокую степень компрометации тканей пародонта. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA) составил $(26,95 \pm 2,70) \%$, что соответствует гингивиту средней степени тяжести, а индекс кровоточивости сосочков (PBI) по Muhlemann-Saxer – $(1,40 \pm 0,14)$ балла. Полученные результаты в отношении возрастного и полового распределения пациентов с КПЛ слизистой полости рта согласуются с данными зарубежных ученых последних лет, свидетельствующих о высокой активности манифестации

данного захворювання у жінок перименопаузального віку, в частині ендокринних змін у жінок, особливо в вироботку статевих стероїдів. Наявність тягарного стоматологічного статусу є місцевим фактором ризику і служить механізмом, який призводить в дію етіологічні фактори і загострює вже існуючі зміни. Отримані результати свідчать про необхідність розробки комплексу професійної і індивідуальної гігієни порожнини рота у пацієнтів з КПЛ, а також вказують на взаємозв'язок їх стоматологічного статусу і змін слизової порожнини рота.

Ключові слова: *червоний плоский лишай, дерматоз, предрак.*

Надійшла до редакції 16.08.2021

Відомості про автора

Божик Степан Степанович – аспірант кафедри терапевтичної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна.

Адреса: Україна, 46001, м. Тернопіль, вул. Олени Теліги, 7, ТНМУ імені І.Я. Горбачевського, кафедра терапевтичної стоматології.

E-mail: bozhyk_ss@tdmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-2748-2308.