

А. Ф. Євчева, С. М. Пухлік

## КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ І ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПРОЦЕСАХ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

УДК 616.212-006.6-08

DOI 10.54229/2226-2008-2021-6-8

А. Ф. Євчева, С. М. Пухлік

### КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ І ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПРОЦЕСАХ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

*Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна*

Діагностика та лікування злоякісних новоутворень шкіри голови і шиї є актуальною проблемою сучасної онкології, тому що спостерігається неухильне зростання цієї патології. При цьому зберігаються пізня діагностика та часті рецидиви.

Мета роботи — відпрацювання методики висічення пухлини шкіри зовнішнього носа й оцінка її можливості в радикальному хірургічному видаленні шляхом використання анемізуючого розчину Кляйна.

Зроблено висновки, що клінічно рак шкіри перебігав неагресивно, мав відносно повільне зростання та у 100 % був відсутній рецидив ракового ураження після хірургічного лікування протягом 5 років ( $p < 0,05$ ).

Меланома шкіри перебігала агресивно, через рік у 1 (7,1 %) пацієнтки діагностовано рецидив в орган зору і головний мозок.

Використання розчину Кляйна за 5 хв до операції під основу пухлини надавало вираженого гемостазу за рахунок спазму судин і сприяло профілактиці інтраопераційного рецидиву у 63 (98,4 %) хворих ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** злоякісні пухлини, шкіра зовнішнього носа, хірургічне лікування, рецидиви.

UDC 616.212-006.6-08

DOI 10.54229/2226-2008-2021-6-8

A. F. Yevcheva, S. M. Pukhlik

### CLINICAL SIGNS AND TREATMENT MANAGEMENT IN MALIGNANT PROCESSES OF THE SKIN OF THE EXTERNAL NOSE

*Odesa National Medical University MH of Ukraine, Odesa, Ukraine*

Diagnosis and treatment of malignant neoplasms of the head and neck is an urgent modern problem of oncology, as there is a steady increasing of this pathology. At the same time are untimely diagnosis and frequent recurrences take place.

The purpose is to test the method of excision of the tumor of the skin of the external nose and assess its feasibility in radical surgical removal by using anemic Klein solution.

**Material and methods of research:** 64 patients were examined with skin neoplasms that received surgical treatment options using Klein's anematize solution at the ENT department from 2015 to 2020 years. Patients ranged in age from 28 to 65 years, 15 women and 49 men. Patients are divided into two groups depending on the morphology of the tumor. The first group — 50 (78.2%) patients with malignant skin lesions. From this sample, 17 (34%) with basal cell carcinoma of the nasal skin and 33 (66%) with squamous cell carcinoma (G1) of the nasal skin. The second group consists of 14 (21.8%) patients with melanoma of the skin of the nose and torso. Metastasis in the deep jugular chain were diagnosed in 6 (16.7%) patients from the group of patients with melanoma.

**Results of the study and discussion:** observations of patients for 5 years showed a satisfactory quality of life of all patients with malignant skin tumors. No recurrence of nasal cancer in the first group was registered during the follow-up of patients. Among a group of patients with melanoma, 1 (7.1%) patient was diagnosed with recurrence in the visual organ and brain.

Conclusions:

1. Clinically, skin cancer was non-aggressive, had a relatively slow growth and 100% of patients had no recurrence of cancer after surgery for 5 years ( $p < 0.05$ ).

2. Melanoma of the skin was aggressive in a year — 1 (7.1%) patient was diagnosed recurrence in the visual organ and brain.

3. The use of Klein's solution 5 minutes before the surgery under the base of the tumor provided a pronounced hemostasis due to vasospasm and contributed to the prevention of intraoperative recurrence in 63 (98.4%) patients ( $p < 0.05$ ).

**Key words:** malignant tumors, skin of the external nose, surgical treatment, recurrences.



## Вступ

Діагностика та лікування злоякісних новоутворень шкіри голови та шиї є актуальною проблемою сучасної онкології, тому що спостерігається неухильне зростання цієї патології [1–3].

Так, сьогодні в Україні кількість хворих на рак шкіри збільшується, сягаючи 138 509 нових випадків (Cancer in Ukraine, 2018–2019).

Клінічно рак шкіри голови, шиї та тулуба може перебігати неагресивно і, як правило, має повільне зростання. Однак ураження меланоцитів шкіри може розвиватися за особливо агресивним типом перебігу захворювання, яке має назву меланома шкіри [2].

Злоякісні пухлини шкіри можуть виходити і розвиватися з епідермісу або дерми і розповсюджуватися на суміжні тканини, включаючи хрящову і кісткову.

Знання анатомо-фізіологічних особливостей шкіри допомагає клініцисту і патоморфологу зрозуміти можливий патогенез захворювання, клініцисту правильно встановити діагноз і визначитися з тактикою лікування.

Відомо, що шкіра складається з трьох шарів: епідермісу, дерми і підшкірної клітковини. Основним типом клітин епідермісу шкіри є кератиноцити, які включають у себе білок кератин, що виконує захисну функцію. Зовнішня частина епідермісу складається з кератинових клітин, тобто плоского епітелію. Крім кератиноцитів, в епідермісі знаходяться меланоцити — клітини з вмістом меланіну. Цей пігмент надає шкірі кольору і також захищає шкірні покриви від шкідливого впливу сонця. Нижній шар — базальний, формується з базальних клітин, які в процесі постійного поділу заміщають верхній шар шкіри. Базальний шар відокремлює епідерміс від інших шарів —

дерми і підшкірного шару. Такий факт має важливе значення у визначенні розповсюдженості неопластичного процесу шкіри, оскільки пізні стадії раку характеризуються проростанням уже через базальну мембрану. Середній шар шкіри називається дермою і має найбільшу товщину. Він містить волосяні фолікули, потові залози, кровоносні судини і нервові закінчення. Підшкірний шар включає колагенові та жирові клітини, які виконують амортизувальну і захисну функції [2].

Таким чином, вищесказане дозволяє зробити певний висновок, що в кожному шарі шкіри є фізіологічні захисні елементи, які захищають за життя від шкідливого впливу різних агентів. Для встановлення діагнозу велике значення має зібраний анамнез. Вказівка пацієнта, що на місці агресивно зростаючого утворення була пігментна пляма, повинно насторожити лікаря щодо онкозахворювання.

При цьому основним типом злоякісного ураження шкіри є рак шкіри, що розвивається в основному з кератиноцитів епідермісу і буває двох видів: базальноклітинна карцинома і плоскоклітинний рак.

Морфологія цих видів раку: базальноклітинна карцинома виростає з клітин базального шару і росте дуже повільно. Базальний рак виглядає як повільно зростаючий блискучий, рожевий або червоний клубок. Він також може вкриватися лусочками. Згодом таке новоутворення стає твердим і може кровоточити або перетворюватися на виразку.

Плоскоклітинна карцинома шкіри складається з аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Плоскоклітинний рак клінічно виглядає як жовта лускоподібна ділянка шкіри. Його поверхня ніжна і при легкому дотику рукою починає кровоточити і потім на місці такого ураження

теж утворюється виразка [2, 4, 5].

Утворення з меланоцитів шкіри, що перебігає за особливо злоякісним і агресивним типом, слід розглядати як меланому шкіри. Для меланоми характерний об'єктивний малюнок пігментної плями: краї пігментної плями можуть бути розмитими або мати зубчастий вигляд.

Також характерний нерівномірний колір пігментації, яка може включати темні відтінки коричневого, а іноді з вкрапленнями рожевого і червоного. І нарешті розміри пігментної плями (більше 6 мм) [2].

Якщо ці злоякісні ураження шкіри не видалити вчасно, то вони можуть розповсюдитися на суміжні тканини, включаючи хрящову та кісткову.

Сьогодні використовують увесь лікувальний арсенал для лікування злоякісних утворень шкіри. Відомо, що хіміопроменеве лікування в комплексі з кріодеструкцією пов'язане з безліччю ускладнень, таких як нейтропенія, електролітні порушення, мукозит, та низькою ефективністю.

Фотодинамічна терапія (ФДТ), в основі якої лежить взаємодія світла певної довжини хвилі з молекулами фотосенсибілізатора, попередньо введеного в пухлину, також малоєфективна. Методика потребує присутності достатньої кількості кисню для фотохімічної реакції з утворенням високоактивних форм кисню і вільних радикалів, які викликають загибель пухлини. Однак метод ФДТ має обмеження: глибина впливу залежить від проникності тканин для світла і становить 3–5 мм (для червоного світла); складності дозиметрії світла (у міру віддалення від джерела щільність потужності світлової енергії падає), є пряма залежність активності фотохімічних реакцій від насичення тканини пухлини киснем. Епітелізація рани і повне стихання реактивних запальних



явищ при ФДТ настає через 2–3 тиж., при інтраопераційній ФДТ — через 4–6 тиж. [4, 6, 7, 9].

Використання лазерного впливу, гальвано- і криодеструкції в лікуванні злоякісних пухлин шкіри обличчя, порівняно з хіміопроменевими методами, також малоефективні, тому що рецидиви пухлини зберігаються на високому рівні.

Сьогодні в світі відомі два способи хірургічного лікування злоякісних пухлин шкіри: перший — видалення пухлини під контролем зору і метод Мокса. Цей метод полягає в тому, що під час операції проводять максимальне видалення пухлини й одночасно експрес-дослідження резектованих шарів шкіри. За наявності в краях резекції злоякісних клітин проводять додаткове висічення, здійснюється постійна мікроскопія. За кордоном така методика відома як мікрографічна операція MOHS і вважається варіантом стандартної резекції пухлини з невеликим оточенням здорових тканин одночасно. Методика Мокса потребує додаткових витрат: під час операції у фахівця-морфолога для додаткових морфологічних досліджень, а найголовніше при операції на обличчі (зовнішнього носа) і при інфільтрованому раку виникають проблеми косметичного пластичного закриття дефекту [2, 8].

На наш погляд, метод Мокса більше підходить для видалення пухлини тулуба, де є можливість мобілізувати і відступити від країв пухлини за радикальним коефіцієнтом з використанням навколишніх тканин для закриття дефектів на відміну від обличчя.

Усе вищевикладене підтверджує необхідність пошуку і впровадження в клінічну практику менш витратних високоефективних методів лікування. Сьогодні пошук високоефективних методів лікування злоякісних утворень шкіри залишається актуальним.

**Мета дослідження** — відпрацювання методики видалення пухлини шкіри зовнішнього носа й оцінка її можливості в радикальному хірургічному висіченні шляхом використання анемізуючого розчину Кляйна.

#### Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебували 64 хворих, які отримували варіанти хірургічного лікування з використанням анемізуючого розчину Кляйна в умовах онкоЛОП відділення КУ МКЛ 11 м. Одеси з 2015 по 2020 рр. Хворі були віком від 28 до 65 років. З них 15 жінок і 49 чоловіків. Пацієнти розподілені на дві групи залежно від морфології пухлини. Усі пацієнти проходили повне клінічне обстеження: рентгенограму органів грудної клітки, ЕКГ, загальний аналіз крові, печінкові проби тощо. За необхідності проводили додаткові клініко-лабораторні дослідження. Хворі спрямовувалися до онкоЛОП відділення за направленням сімейного лікаря, після проведення спеціального лікування пацієнти знаходилися під спостереженням лікаря-онколога за місцем реєстрації.

Перша група — 50 (78,2 %) хворих на злоякісні ураження шкіри. З них 17 (34 %) з базально-клітинною карциномою шкіри носа і 33 (66 %) — з плоскоклітинним раком (G1) шкіри носа (рис. 1–3). Друга група — 14 (21,8 %) хворих з меланомою шкіри носа і тулуба. З них у 8 (57,1 %) хворих з локалізацією пухлини в ділянці плечового пояса і спини, а у 6 (42,9 %) пацієнтів із локалізацією пухлини шкіри зовнішнього носа (рис. 4). З-поміж 6 хворих у 1 (16,7 %) пацієнтки з меланомою діагностований метастаз у глибокому яремному ланцюзі.

Колір злоякісних утворень варіював від яскраво-червоного, сірого з крейдяним білим відтінком до чорного внаслідок



Рис. 1. Плоскоклітинний рак шкіри носа. Утворення червоного кольору з зубчастими ознаками некрозу та краями з виразкуванням

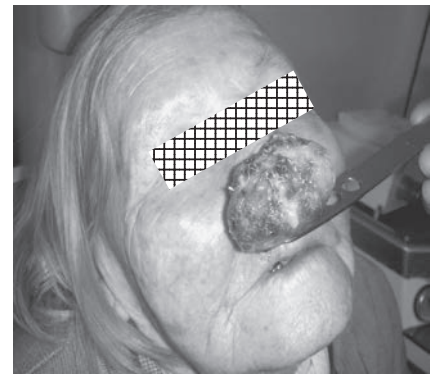


Рис. 2. Високодиференційований рак шкіри носа G1 у хворої А., 65 років



Рис. 3. Високодиференційований рак шкіри носа G1 у хворого П., 42 роки

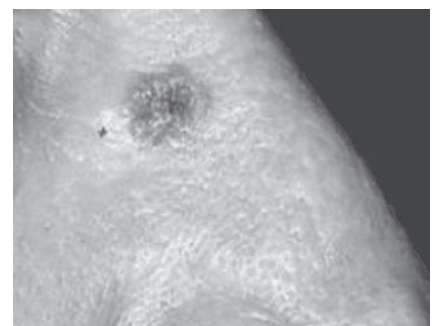


Рис. 4. Меланома шкіри носа



некрозу. Зовні рак шкіри носа може виглядати по-різному. Нерідко пухлина може нагадувати навіть звичайний слизовий поліп. Слід пам'ятати, що об'єктивно меланома і рак шкіри носа та тулуба виглядають майже однаково. На рис. 1 і 4 показана об'єктивна картина таких уражень.

Усім хворим із пухлинами шкіри і метастазами проведено хірургічне лікування у вигляді широкого видалення як найбільш ефективний спосіб (Наказ МОЗ України № 246 від 28.03.2016 р.) . Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням критеріїв відношення двох пропорцій (z) і проведена за допомогою програми "Primer Biostatistics" (США).

Хірургічне видалення пухлини проводилося під місцевою анестезією. Попередньо біопсію пухлини не виконували. З метою профілактики інтраопераційного рецидиву і метастазування, а також для гемостазу за 5 хв до операції під основу пухлини вводили анемізуючий розчин Кляйна (розчин 1 % Lidocaine + 2–3 краплі розчину Adrenaline). Кількість розчину Кляйна залежала від площі пухлинного ураження (у середньому використовували від 4 до 8 мл). Розчин Кляйна призводить до спазму кровоносних і лімфатичних судин, викликаючи гемостаз. Потім резектували пухлинне ураження з урахуванням коефіцієнта радикалізму (під контролем органа зору в межах здорових тканин) і проводили експрес-дослідження країв резекції. Пухлина висікається в межах здорових тканин під контролем зору, відступивши від країв пухлини на 1–1,5 см. Експрес-дослідження країв резекції проводили в усіх хворих одноразово.

Обсяг висічення пухлини шкіри визначали з урахуванням об'єктивних ознак ураженого елемента (шару) шкіри, він залежав від форми росту

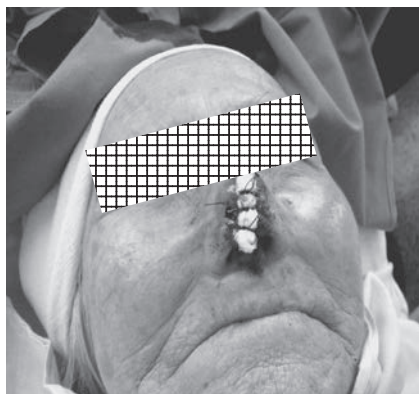


Рис. 5. Стан після висічення екзофітної пухлини шкіри зовнішнього носа



Рис. 6. Стан після висічення екзофітної пухлини носа з проростанням у хрящі

утворення (ендофітний, екзофітний або змішаний тип росту). Враховували також краї пухлини і колірну особливість поверхні самого утворення.

На рис. 5 і 6 показаний післяопераційний результат. Нагляд протягом 5 років свідчить про відсутність рециди-

ву раку шкіри зовнішнього носа.

На рис. 7 (а, б) показані етапи видалення МТС меланоми глибокого яремного ланцюга, на рис. 8 (а, б) — видалений макропрепарат. Післяопераційний період у всіх хворих перебігав задовільно.

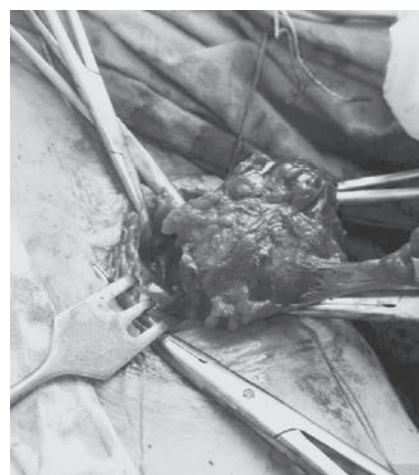
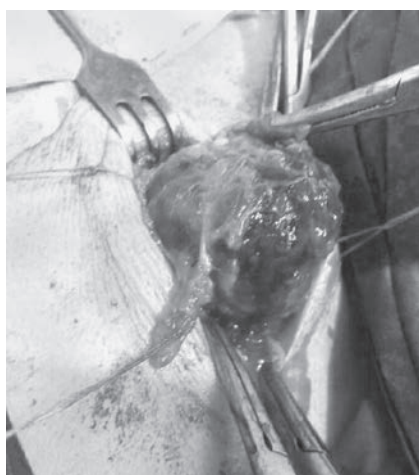


Рис. 7. Етапи операції (а, б)

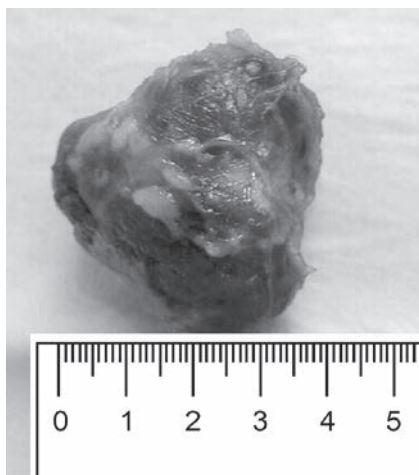


Рис. 8. Макропрепарат (а, б)

## Результати дослідження та їх обговорення

Спостереження пацієнтів протягом 5 років показало задовільну якість життя в усіх хворих зі злоякісними пухлинами шкіри. У терміни спостереження рецидиву раку шкіри носа в першій групі хворих не зареєстровано. Пацієнти з меланою після операції консультовані в Інституті раку України, їм було рекомендовано спостереження. Однак через рік у 1 (7,1 %) пацієнтки з меланою діагностований рецидив в орган зору і головний мозок.

Таким чином, можна зробити висновок, що меланома шкіри проявила себе значно агресивніше порівняно з раком шкіри, що позначилося на якості й тривалості безрецидивного періоду життя.

Рання діагностика злоякісних уражень шкіри складалася з двох основних моментів.

Перший — коли пацієнт самостійно виявляє симптоми захворювання шкіри: наявність утворень на шкірі без пігменту або з пігментом, зміна кольору пігментації утворень, які збільшуються в розмірах, кровоточать, з виразками та інші симптоми.

Другий складається з даних правильно зібраного анамнезу та об'єктивної оцінки лікаря-онколога. Лікар зобов'язаний клінічно визначити ознаки захворювання на підставі структури, насиченості, пігментації (рівномірний або нерівномірний колір) та її зміни, краї пухлини, її розмір і тенденцію до зростання. Нерівномірний колір пігментації, який може включати темні відтінки коричневого, а іноді з вкрапленнями рожевого і червоного. Краї утворення можуть бути розмитими або мати зубчастий вигляд.

Для досягнення задовільних результатів діагностики та лікування необхідно дотриму-

ватись основних принципів профілактики:

— знання анатомічних особливостей будови шкіри і клінічного перебігу (неагресивних і агресивних) пухлин дасть змогу поліпшити показники виживаності хворих;

— рання діагностика та лікування різних форм злоякісного ураження шкіри без урахування уражених шарів шкіри не гарантує одужання, оскільки рак шкіри може знову утворитися на колишньому місці при його неадекватному первинному висіченні, тобто необхідно враховувати і глибину ураження.

Профілактика злоякісних новоутворень шкірних покривів відкритих частин тіла включає в себе: уникнення надмірного опромінення шкіри ультрафіолетовим випромінюванням; самодіагностику уражень шкіри; проведення регулярних профілактичних оглядів у лікаря-онколога, раннє визначення і лікування передракових станів шкіри.

## Висновки

1. Клінічно рак шкіри перебігав неагресивно, мав відносно повільне зростання й у 100 % був відсутній рецидив ракового ураження після хірургічного лікування протягом 5 років ( $p < 0,05$ ).

2. Меланома шкіри перебігала агресивно, через рік у 1 (7,1 %) пацієнтки діагностовано рецидив в орган зору і головний мозок.

3. Використання розчину Кляйна за 5 хв до операції під основу пухлини надав вираженого гемостазу за рахунок спазму судин і сприяв профілактиці інтраопераційного рецидиву у 63 (98,4 %) хворих ( $p < 0,05$ ).

Автори підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** злоякісні пухлини, шкіра зовнішнього носа, хірургічне лікування, рецидиви.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Євчева А. Ф. Сучасна діагностика злоякісних новоутворень зовнішнього носа і вуха. *Оториноларингологія*. 2019. № 2/3. С. 47–52.

2. Євчев Ф. Д., Заболотний Д. І., Євчева А. Ф. Дігностика та лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями зовнішнього носа, вуха та тулуба. 2021. С. 184.

3. Cancer in Ukraine, 2018–2019. Захворюваність, смертність, Показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцерреєстру України 2019. С. 18.

4. Лукач Є. В., Чепурна О. М., Пашковський В. М. Лікування базальноклітинного раку зовнішнього носа методом фотодинамічної терапії. *Пунологія*. 2017. № 1.

5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2016, № 246. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry\\_2016\\_246\\_YKPMDBKR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry_2016_246_YKPMDBKR.pdf).

6. Каплан М. А. Фотодинамічна терапія як новий радикальний метод лікування хворих з рецидивними пухлинами шкіри «не зручної» локалізації. *Запитання онкології*. 2000. № 2. С. 238.

7. Henderson B. W., Dougherty T. J. How does photodynamic therapy work? *Photochem. Photobiol.* 1992. Vol. 55, N 1. P. 145–157.

8. Mohs Surgery and Histopathology: Beyond the Fundamentals. Edited by Ken Gross and Howard K. Steinman. 2005.

9. Photophysics and photochemistry of photodynamic therapy: fundamental aspects / Plaetzer K. et al. *Lasers Med. Sci.* 2009. Vol. 24, N 2. P. 259–268.

## REFERENCES

1. Yevcheva AF. Modern diagnosis of malignant neoplasms of the outer nose and ear. *Otorhinolaryngology*. 2019;2/3:47-52. (In Ukrainian)

2. Yevchev FD, Zabolotny DI, Yevcheva AF. Diagnosis and treatment of patients with malignant neoplasms of the outer nose, ear and torso. 2021;184. (In Ukrainian)

3. Cancer in Ukraine, 2018-2019. Morbidity, mortality, indicators of the oncology service. *Bulletin of the National Registry of Ukraine* 2019;18. (In Ukrainian)

4. Lukach YeV, Chepurna OM, Pashkovsky VM. Treatment of basal cell carcinoma of the outer nose by photo-



dynamic therapy. *Rhinology*. 2017;1. (In Ukrainian)

5. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) tertiary (highly specialized) medical care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 28.03.2016, № 246. [Electronic resource]. Access mode: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry\\_2016\\_246\\_YKPMD-BKR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry_2016_246_YKPMD-BKR.pdf). (In Ukrainian)

6. Kaplan MA. Photodynamic therapy as a new radical method of treat-

ment of patients with recurrent skin tumors "not convenient" localization. *Pytannya onkologii*. 2000;2:238. (In Ukrainian)

7. Henderson BW, Dougherty TJ. How does photodynamic therapy work? *Photochem. Photobiol.* 1992;55(1):145-157.

8. Mohs Surgery and Histopathology: Beyond the Fundamentals. Edited by Ken Gross and Howard K. Steinman. 2005.

9. Plaetzer K et al. Photophysics and photochemistry of photodynamic therapy: fundamental aspects. *Lasers Med. Sci.* 2009;24(2):259-268.

Надійшла до редакції  
27.12.2021 р.

Прийнята до друку 10.01.2022 р.

Електронна адреса  
для листування  
[esebuat11@gmail.com](mailto:esebuat11@gmail.com)

УДК 616.516+577.152.3

DOI 10.54229/2226-2008-2021-6-9

В. Я. Скиба<sup>1</sup>, С. А. Шнайдер<sup>1</sup>, О. В. Скиба<sup>1</sup>,  
Л. М. Хромагіна<sup>1</sup>, А. О. Седлецька<sup>2</sup>

## БІОХІМІЧНІ ТА ЦИТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В РОТОВІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

<sup>1</sup> ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України»,  
Одеса, Україна,

<sup>2</sup> Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

УДК 616.516+577.152.3

DOI 10.54229/2226-2008-2021-6-9

В. Я. Скиба<sup>1</sup>, С. А. Шнайдер<sup>1</sup>, О. В. Скиба<sup>1</sup>, Л. М. Хромагіна<sup>1</sup>, А. О. Седлецька<sup>2</sup>

### БІОХІМІЧНІ ТА ЦИТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В РОТОВІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

<sup>1</sup> ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України», Одеса, Україна,

<sup>2</sup> Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

Червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота є одним із розповсюджених кератозів, але частота його, за даними сучасних дослідників, різна. Так, за даними різних авторів, червоний плоский лишай становить до 35 % від усіх захворювань слизової оболонки порожнини рота та 1,5 % серед дерматологічних захворювань.

Тим же часом єдиної теорії виникнення цього захворювання немає.

Проведено клінічне та біохімічне дослідження хворих на червоний плоский лишай у перші дні після переходу захворювання із типової форми в ерозивно-виразкову. У роботі наведені результати біохімічного та морфологічного дослідження ротової рідини в перші дні захворювання. Показано, що в перші дні виникнення ерозій та виразок на слизовій оболонці порожнини рота в ротовій рідині хворих відмічаються достовірно підвищення активності гідролітичних ферментів, підвищена міграція лейкоцитів у ротову порожнину та підвищена десквамація епітелію слизової оболонки порожнини рота. Отримані результати дослідження свідчать на користь мембрано-деструктивної теорії виникнення червоного плоского лишая.

**Ключові слова:** червоний плоский лишай, ротова рідина, ферменти, лейкоцити, епітеліальні клітини.

UDC 616.516+577.152.3

DOI 10.54229/2226-2008-2021-6-9

V. Ya. Skyba<sup>1</sup>, S. A. Shneider<sup>1</sup>, O. V. Skyba<sup>1</sup>, L. M. Khromagina<sup>1</sup>, A. O. Sedletska<sup>2</sup>

### BIOCHEMICAL AND CYTOLOGICAL CHANGES IN ORAL FLUID IN PATIENTS WITH LICHEN PLANUS

<sup>1</sup> Institute of Stomatology of Maxillofacial Surgery NAMS, Ukraine, Odesa, Ukraine,

<sup>2</sup> Odesa National Medical University MH of Ukraine, Odesa, Ukraine

Red lichen planus of the oral mucosa is one of the most common keratoses, and its frequency according to various authors is up to 35% of all diseases of the oral mucosa and 1.5% among dermatological diseases.

