

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-11

УДК: 616.31-0:616.31-085:616.895

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Мунтян О. В., Гаджула Н. Г., Мунтян В. Л., Курдиш Л. Ф., Горай М. А.

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

Відповідальний за листування:
e-mail: mulen77@ukr.net

Статтю отримано 03 квітня 2023 р.; прийнято до друку 08 травня 2023 р.

Анотація. Метою дослідження стало вивчення психоемоційного стану пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, а також оцінка ефективності лікування стоматологічної патології у поєднанні з корекцією психоемоційних розладів. Проведено аналіз психоемоційного стану в 48 пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). У пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота до лікування виявлено субклінічну та клінічно виражену тривогу, а також розлади за типом легкої субклінічної та клінічно вираженої депресії. Пацієнти були розподілені на основну та порівняльну групи залежно від типу курації. Пацієнтам основної групи проведено аналіз психоемоційного стану та призначено комплексне лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота в поєднанні з психокорекцією. Пацієнтам порівняльної групи призначено комплексне лікування стоматологічних захворювань без психокорекції. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики з визначенням критерію достовірності Стьюдента з використанням комп'ютерних програм "Statistica 6.1" та Microsoft® Excel 2017. Відмінності між групами вважали статистично значущими при $p < 0,05$. Отримані результати дослідження свідчать, що психоемоційні розлади призводять до виникнення захворювань слизової оболонки порожнини рота; водночас стоматологічні захворювання посилюють тривожність і депресію, тому лікування такого контингенту пацієнтів потребує психологічної корекції. Після проведення лікування у пацієнтів основної групи відбулось покращення психоемоційного стану та зменшення клінічних проявів захворювань слизової оболонки порожнини рота в значно коротші терміни, ніж у пацієнтів порівняльної групи. Отримані позитивні результати покращення психоемоційного стану пацієнтів зі стоматологічною патологією потребують подальшого вивчення та удосконалення.

Ключові слова: стоматологія, захворювання слизової оболонки порожнини рота, психоемоційний стан, тривога, депресія, госпітальна шкала тривоги та депресії.

Вступ

На сьогодні у зв'язку з воєнними подіями в Україні значно збільшилась кількість пацієнтів, особливо серед внутрішньо переміщених осіб, які звертаються до лікарів-стоматологів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР). За декілька останніх років в Україні відбулись зміни в соціально-економічних умовах життя серед населення (Covid-19, воєнні дії), що в свою чергу призвели до виникнення розладів психоемоційної сфери населення та вплинули на здоров'я [1, 10]. Кожна людина реагує індивідуально на стресову ситуацію, що пов'язано з генетичною схильністю, психотипом людини та адаптаційними можливостями організму.

Захворювання внутрішніх органів і систем організму, які виникають внаслідок впливу психогенних факторів (підвищена дратівливість, тривожність, депресія, фобії тощо) є психосоматичними [13, 15]. Серед захворювань СОПР психосоматичного генезу значне місце займають червоний плоский лишай [11, 15], хронічний рецидивуючий афтозний стоматит [2, 3, 15], глосидинія [4, 8, 12], ексфоліативний хейліт [5, 14], новоутворення [9] тощо. Більшість захворювань СОПР виникає та рецидивує на тлі загострення соматичної патології у поєднанні з порушенням психоемоційного стану пацієнтів, але, на превеликий жаль, лікарі-стоматологи не надають належ-

ної уваги психологічному стану таких пацієнтів і не проводять необхідної корекції [6]. Найчастіше при обстеженні хворих особливу увагу звертають на скарги, анамнез захворювання, соматичну патологію, особливості перебігу захворювання, але не враховують інтенсивність стресового чинника, його тривалість та повторюваність, який може бути одним з основних факторів ризику у розвитку захворювань порожнини рота [13]. Саме тому, вивчення впливу стресу на виникнення та перебіг захворювань СОПР, а також зв'язок цих захворювань з психоемоційними станами та методи їх корекції у практичній діяльності лікаря-стоматолога залишаються актуальними питаннями.

Метою дослідження стало вивчення психоемоційного стану пацієнтів із захворюваннями СОПР та оцінка ефективності лікування стоматологічної патології у поєднанні з корекцією психоемоційних розладів.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 48 пацієнтів віком 47-69 років із захворюваннями СОПР, пов'язаними з психоемоційними розладами, які звернулися на кафедру терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від типу курації:

основну групу склали 24 пацієнти (19 жінок та 5 чоловіків), яким окрім комплексного лікування захворювання СОПР було проведено дослідження психоемоційного стану та призначено терапію для його корекції; порівняльну - 24 пацієнти (18 жінок та 6 чоловіків), яким було призначено комплексне лікування захворювання СОПР та проведено дослідження психоемоційного стану без його корекції. Обидві групи осіб були схожі за віком, статтю та ступенем вираженості клінічних проявів. Критеріями включення були пацієнти з діагностованими психоемоційними розладами; критеріями виключення - пацієнти, які на момент звернення приймали психоактивні препарати (антидепресанти, транквілізатори, антипсихотичні та наркотичні засоби), вагітні.

Клінічне обстеження пацієнтів включало збір скарг, анамнезу захворювання та життя, огляд, діагностику захворювань СОПР з використанням основних і додаткових методів дослідження залежно від нозології, встановлення діагнозу відповідно до національного класифікатора 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" (<http://surl.li/fwqjlh>).

Під час збору анамнезу з'ясовували ймовірну причину виникнення захворювання; провокаційні чинники, що призвели до його загострення: наявність соматичної патології, стресових ситуацій, а також кількість, частоту та тривалість рецидивів. Окрім того, обов'язково з'ясовували, чи звертався пацієнт щодо наявного захворювання до лікаря-стоматолога та лікаря-інтерніста, чи проводилось лікування та його ефективність.

Після проведення клінічного обстеження стоматологом і встановлення діагнозу кожному пацієнтові проведено скринінг за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії HADS (A.S. Zigmond та R.P. Snaith, 1983). Опитувальник складається з двох частин: частина I - оцінка рівня тривоги, II - оцінка рівня депресії. Кожна частина опитувальника містить 7 запитань, по 4 варіанти відповіді на кожне запитання, які відображають ступінь наростання симптоматики та вираженості ознаки від 0 балів (відсутність) до 3 балів (максимальна вираженість ознаки). Підрахунок балів у I та II частинах опитувальника проводили окремо. Інтерпретація отриманих результатів така: 0-7 балів - "норма" (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії), 8-10 балів - "субклінічно виражена тривога / депресія", 11 балів і вище - "клінічно виражена тривога / депресія".

Опитування проводилось добровільно, відповідно до інформованої згоди осіб та після отримання письмової згоди пацієнта. Робота відповідає вимогам Гельсінської декларації; протокол дослідження ухвалений комісією з біомедичної етики Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (протокол №2 від 13.02.2023 р.).

Під час заповнення шкали HADS пацієнти знаходились у спокої та без сторонньої допомоги відповідали на запитання, обираючи відповідь, яка найбільше відповідала їх стану протягом останніх 7 днів. Перевагою опи-

тувальника є те, що заповнення не потребує великої кількості часу, не викликає труднощів у пацієнтів під час відповідей на запитання, є простим під час обробки отриманих даних, завдяки чому може бути рекомендований до використання лікарями-стоматологами [7].

Оцінка психологічного стану пацієнтів здійснювалась декілька разів: I раз скринінг проводили під час первинного обстеження пацієнта, II раз - через 7 днів після початку лікування, III раз - через 14 днів від початку лікування та IV раз - на 21-й день лікування. Всі отримані результати після статистичної обробки вносили в стоматологічну карту пацієнта.

Після виявлення тривоги чи депресії за методикою HADS, пацієнти обстежувались у психіатра з метою підтвердження діагнозу. Лікування хворих здійснювалось відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України (Наказ №121 від 23.02.2016 р. <http://surl.li/cdgyi> - для тривоги; Наказ №1003 від 25.12.2014 р., переглянуто 12.2017 р. <http://surl.li/fwqkj> - для депресії). Пацієнти не мали важких загальносоматичних захворювань, проте за наявності супутньої патології були направлені на консультацію до лікарів загального профілю для отримання рекомендацій щодо загального лікування.

Стоматологічне лікування всіх пацієнтів розпочиналось з корекції раціону харчування, а також усунення шкідливих звичок та професійних шкідливостей. Пацієнтам рекомендували виключити з раціону продукти харчування, які мають подразнювальну дію на СОПР: гостре, кисле, солоне, а також консервовані продукти та їжу з великою кількістю прянощів. Окрім того, рекомендували обов'язково відмовитися від алкоголю та тютюнопаління.

Наступний етап лікування - санація порожнини рота: лікування карієсу та його ускладнень, видалення неякісних ортопедичних конструкцій, зішліфовування гострих країв зубів та пломб, видалення над'ясенних і під'ясенних зубних відкладень, а також видалення зруйнованих зубів з метою усунення вогнищ хронічної інфекції. Особливу увагу кожного пацієнта звертали на покращення індивідуальної гігієни порожнини рота, були надані рекомендації щодо засобів, які необхідно використовувати під час лікування: виключити подразливі та високоабразивні зубні пасти, а також під час лікування користуватись м'якими зубними щітками та флосами.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики з визначенням критерію достовірності Стюдента з використанням комп'ютерних програм "Statistica 6.1" (номер BXXR901E246022FA) та Microsoft® Excel 2017 для Mac (корпоративна ліцензія, код продукту: 02984-001-000001). Відмінності між групами вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Виконане дослідження є складовою частиною

планової науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології "Сучасні тенденції та новітні технології в діагностиці та лікуванні одонтопатології, захворювань тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота", (номер державної реєстрації 0118U005471).

Результати. Обговорення

Пацієнти переважно зверталися зі скаргами на біль, відчуття печіння, дискомфорт у порожнині рота або на губах, сухість і стягнення слизової оболонки, неприємні відчуття під час прийому їжі, печіння, свербіж, а також наявність елементів ураження на СОПР. Окрім того, пацієнти скаржились на пригнічений настрій, порушення сну, дратівливість, тривожність, страх, зниження працездатності, плаксивість, онконастороженість. Також під час збору анамнезу пацієнти, як правило, повідомляли про те, що неодноразово звертались до лікарів різних спеціальностей, проводили різноманітні методи діагностики, використовували для лікування захворювання різні схеми та отримували короткотривалий ефект від лікування.

Під час поглибленого стоматологічного обстеження осіб із психоемоційними розладами виявлено 22,9% пацієнтів з хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом (ХРАС), 18,8% з червоним плоским лишаєм (ЧПЛ), 14,6% з глосидією, 12,5% з ексфоліативним хейлітом, 10,4% з лейкоплакією, 8,3% з глоситами, 4,2% з новоутвореннями, 8,3% з іншими захворюваннями (рис. 1). Серед інших захворювань порожнини рота були виявлені ксеростомія, бруксизм, міофасціальний больовий синдром, вульгарна пухирчатка. В обох групах захворювання СОПР були достовірно вищими у пацієнтів жіночої статі.

Досить висока поширеність захворювань СОПР у пацієнтів із порушеннями психоемоційного стану пояснюється тим, що слизова оболонка надзвичайно швидко реагує на емоційні розлади, зокрема на стрес, тривогу та депресію, які призводять до порушень гормо-



Рис. 1. Поширеність захворювань СОПР у пацієнтів із психоемоційними розладами.

Таблиця 1. Показники рівня психоемоційного розладу за шкалою HADS

Терміни спостереження	Основна група (n=24)		Порівняльна група (n=24)	
	тривога	депресія	тривога	депресія
До лікування	11,04±0,87	8,04±0,68	10,87±0,91	8,08±0,69
На 7-й день лікування	9,83±0,52	6,62±0,25	10,41±0,73	8,04±0,64
На 14-й день лікування	7,91±0,35*	6,04±0,26*	10,29±0,67	7,95±0,18
На 21-й день лікування	7,04±0,28*	5,95±0,25*	10,04±0,64	7,79±0,35

Примітка. * - достовірність різниці між вихідними показниками (до лікування) та в процесі лікування.

нальних, судинних і м'язових функцій, що спричиняють фізіологічні зміни, проявами яких є біль, відчуття печіння, виразкування слизової оболонки та ін. [15].

Результати дослідження з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) наведені в таблиці 1, а також графічно зображені на рисунках 2, 3. При визначенні вихідного рівня тривоги у пацієнтів зі стоматологічною патологією у 54,17% (26/48) осіб показники відповідали субклінічно вираженій тривозі, у 45,83% (22/48) осіб - клінічно вираженій тривозі. При визначенні вихідного рівня депресії у 50,21% (24/48) пацієнтів виявлено розлади по типу легкої субклінічної депресії, у 10,2% (5/48) - клінічно вираженої депресії та у 39,59% (19/48) - депресії не виявлено.

Наведені дані свідчать про те, що захворювання СОПР були значно вищими у пацієнтів з тривогою, ніж у пацієнтів з депресією (1:0,6). Пацієнти з клінічно вираженою тривогою та депресією мали значно більшу кількість захворювань СОПР, ніж пацієнти з легкою субклінічно вираженою тривогою та депресією. У пацієнтів з тривогою переважали: ХРАС, ЧПЛ, глосит; у пацієнтів з депресією - глосидія, ексфоліативний хейліт.

Використання психологічного експрес-тесту HADS дає можливість первинно виявляти тривогу та депресію у стоматологічних пацієнтів [7].

На 7-й день від початку лікування рівень тривоги у пацієнтів основної групи склав 9,83±0,52 балів, у порівняльній групі - 10,41±0,73 балів, що відповідало в обох групах субклінічно вираженій тривозі, але у пацієнтів основної групи спостерігали динаміку зниження показника. Показник рівня депресії у пацієнтів основної групи знизився до 6,62±0,25 балів, що відповідає верхній межі норми, у порівняльній групі практично не змінився і становив 8,04±0,64 балів, що відповідає нижній межі субклінічно вираженої депресії.

На 14-й день лікування у пацієнтів основної групи продовжувалась позитивна динаміка достовірного зниження показника тривоги до 7,91±0,35 балів ($p < 0,01$), що відповідає нижній межі субклінічно вираженої тривоги, у порівняльній групі майже не відбулося змін показника рівня тривоги - 10,29±0,67 балів ($p > 0,05$), що відповідало верхній межі субклінічно вираженої триво-

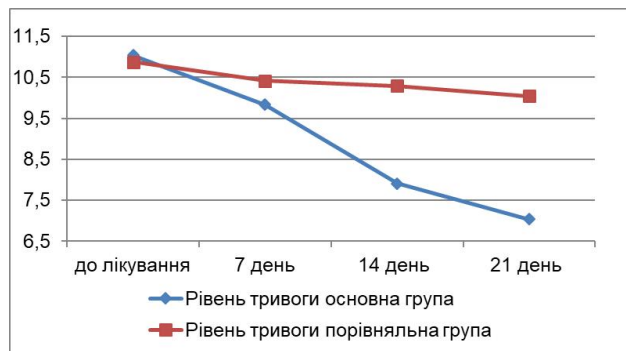


Рис. 2. Показники тривоги в основній і порівняльній групах до та під час лікування.

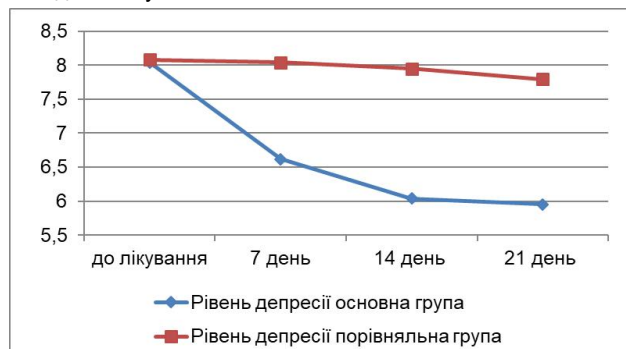


Рис. 3. Показники депресії в основній і порівняльній групах до та під час лікування.

ги. Рівень депресії у пацієнтів основної групи достовірно знизився до $6,04 \pm 0,26$ балів ($p < 0,05$), що за шкалою HADS відповідає верхній межі норми, у порівняльній групі склав $7,95 \pm 0,18$ балів ($p > 0,05$), що відповідає нижній межі субклінічно вираженої депресії.

На 21-й день спостереження у пацієнтів основної групи спостерігали достовірне зниження показника до $7,04 \pm 0,28$ балів ($p < 0,001$), що відповідало верхній межі норми, у порівняльній групі рівень тривоги практично залишився без змін і становив $10,04 \pm 0,64$ балів, що відповідало верхній межі субклінічно вираженої тривоги. Рівень депресії у пацієнтів основної групи знизився до $5,95 \pm 0,25$ балів ($p < 0,01$), що відповідало нормі; у порівняльній групі склав $7,79 \pm 0,35$ балів ($p > 0,05$), що відпо-

відало нижній межі субклінічно вираженої депресії.

В основній групі пацієнтів у процесі лікування значно знизилися показники тривоги та депресії, а також спостерігалися позитивні зміни особистісних характеристик. Пацієнти відзначали зменшення больових відчуттів, покращення настрою, бадьорість, зниження тривожності, страху, покращення сну, а також відмічали бажання жити та будувати плани на майбутнє.

У порівняльній групі пацієнтів протягом усього лікування зберігалися або погіршувалися показники тривоги та депресії, які були виявлені до лікування. Пацієнти знаходились у пригніченому стані, були зациклені на собі та на своїх больових відчуттях, а також скаржились на тривожність, підвищену втомлюваність та розлади сну. Клінічна симптоматика захворювань СОПР у хворих цієї групи характеризувалась більш вираженими клінічними проявами, загостренням перебігу захворювань, що можна оцінити як негативний вплив супутньої патології на резистентність тканин порожнини рота.

Отримані результати дослідження дозволяють стверджувати, що психоемоційні розлади призводять до виникнення захворювань СОПР; водночас захворювання СОПР посилює тривожність і депресію, тому лікування такого контингенту пацієнтів потребує психологічної корекції.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, призначення комплексного лікування при захворюваннях СОПР у поєднанні з призначенням специфічної терапії, яка використовувалася з метою корекції психоемоційного стану пацієнтів, виявилось більш ефективним, ніж традиційне лікування без психокорекції. У пацієнтів основної групи в значно коротші терміни, ніж у пацієнтів порівняльної групи відбулося покращення психоемоційного стану та зменшилися клінічні прояви захворювань СОПР.

Отримані позитивні результати психокорекції у пацієнтів із захворюваннями СОПР, що пов'язані з порушенням психоемоційного стану, потребують подальшого вивчення та удосконалення.

Список посилань - References

- [1] Belov, O. O. (2022). Psychosomatic symptomatology in the structure of post-traumatic stress disorder and the main directions for improving the medical-psychological support of patients who have experienced the war stress. *International scientific conference "Medicine and health care in modern society: topical issues and current aspects": conference proceedings*, November 3-4. Riga, the Republic of Latvia, 7-10. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-260-9-1>
- [2] Cardoso, J. A., Dos Santos Junior, A. A., Nunes, M. L., de Figueiredo, M. A., Cherubini, K., & Salum, F. G. (2017). Salivary Alpha-Amylase Enzyme, Psychological Disorders, and Life Quality in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. *International journal of dentistry*, 2017, 5269856. <https://doi.org/10.1155/2017/5269856>
- [3] Dhopte, A., Naidu, G., Singh-Makkad, R., Nagi, R., Bagde, H., & Jain, S. (2018). Psychometric analysis of stress, anxiety and depression in patients with recurrent aphthous Stomatitis-A cross-sectional survey based study. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 10(11), e1109-e1114. <https://doi.org/10.4317/jced.55012>
- [4] Galli, F., Lodi, G., Sardella, A., & Vegni, E. (2017). Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia: an international journal of headache*, 37(3), 265-277. <https://doi.org/10.1177/0333102416646769>
- [5] Girijala, R. L., Falkner, R., Dalton, S. R., & Martin, B. D. (2018). Exfoliative Cheilitis as a Manifestation of Factitious Cheilitis. *Cureus*, 10(5), e2565. <https://doi.org/10.7759/cureus.2565>
- [6] Guo, Y., Wang, B., Gao, H., He, C., Hua, R., Gao, L., Du, Y., & Xu, J. (2022). Insight into the Role of Psychological Factors in Oral Mucosa Diseases. *International journal of molecular sciences*, 23(9), 4760. <https://doi.org/10.3390/ijms23094760>

- [7] Kulygina, V. M., & Muntian, O. V. (2015). Результати дослідження психологічних особливостей пацієнтів, що потребують анестезіологічного забезпечення лікування карієсу зубів та пульпіту [Results of psychological feature's researches in patients requiring anesthesia at treatment of caries and pulpitis]. *Вісник проблем біології і медицини - Bulletin of Problems in Biology and Medicine*, 1(117), 293-298.
- [8] Kulygina, V. M., Pylypyuk, O. Yu., Dorosh, I. O., Gadzhula, N. G., & Povsheniuk A. V. (2022). Indicators of studies of psychological peculiarities of patients with glossodynia after complex treatment. *Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport*, 7(3), 217-224. <https://doi.org/10.26693/jmbs07.03.217>
- [9] Kushta, A. O. (2022). Психоемоційний стан пацієнтів з раком порожнини рота та ротоглотки [Psychoemotional state of patients with cancer of the oral cavity and oropharynx]. *Вісник Вінницького національного медичного університету - Reports of Vinnytsia National Medical University*, 26(3), 486-490. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-24](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-24)
- [10] Mann, S. K., & Marwaha, R. (2022). Posttraumatic Stress Disorder. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>
- [11] Porras-Carrique, T. D., Miguel Angel Gonzalez-Moles, M. A., Saman Warnakulasuriya, S., & Ramos-Garcia, P. (2022). Depression, anxiety, and stress in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 26, 1391-1408. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04114-0>
- [12] Ritchie, A., & Kramer, J. M. (2018). Recent Advances in the Etiology and Treatment of Burning Mouth Syndrome. *Journal of dental research*, 97(11), 1193-1199. <https://doi.org/10.1177/0022034518782462>
- [13] Shamim, T. (2014). The psychosomatic disorders pertaining to dental practice with revised working type classification. *The Korean journal of pain*, 27(1), 16-22. <https://doi.org/10.3344/kjp.2014.27.1.16>
- [14] Sivabalasundram, S. S., Herawati, E., & Yohana, W. (2022). Evaluation of severity level, stress and bad habit among dental students with exfoliative cheilitis. *Padjadjaran Journal of Dentistry*, 34(1), 35-40. <https://doi.org/10.24198/pjd.vol33no1.28781>
- [15] Suresh, K. V., Shenai, P., Chatra, L., Ronad, Y. A., Bilahari, N., Pramod, R. C., & Kumar, S. P. (2015). Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 7(1), e95-e99. <https://doi.org/10.4317/jced.51764>

THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH ORAL MUCOSAL DISEASES AND THE EFFECTIVENESS OF ITS CORRECTION

Muntian O. V., Gadzhula N. G., Muntian V. L., Kurdysh L. F., Gorai M. A.

Annotation. The work aims to study the psychoemotional state of patients with oral mucosal diseases and to evaluate the effectiveness of oral pathology treatment combined with psychological disorder management. Evaluation of the psychoemotional state of 48 patients with oral mucosal diseases was carried out using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The assessment showed subclinical (mild) and clinically expressed (moderate) anxiety, as well as mild and moderate depression in pre-treatment patients. Based on the type of management, patients were divided into the main and comparison groups. The psychoemotional state of the patients of the main group was analyzed, and comprehensive treatment of oral mucosal diseases was administered, enhanced by psychological management. Patients of the comparison group underwent complex treatment of dental diseases with no psychological management. Statistical processing of the research results was carried out using generally accepted methods of variation statistics with the determination of the Student's t-test and computer programs: "Statistica 6.1", Microsoft® Excel 2017. Differences between the groups were considered statistically significant at $p < 0.05$. The results of the study suggest that psychoemotional disorders lead to the development of oral mucosal diseases; at the same time, these oral diseases increase anxiety and depression. Hence, the treatment of patients suffering from oral mucosal diseases requires psychological management. After treatment, patients of the main group showed improved psychoemotional state and decreased clinical manifestations of oral mucosal diseases sooner than patients of the comparison group. Positive results of improving the psychoemotional state of patients with dental pathology invite inquiry into further study and improvement of the management strategies.

Keywords: dentistry, oral mucosa diseases, psychoemotional state, anxiety, depression, Hospital Anxiety and Depression Scale.