

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Польське товариство публічного здоров'я
Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА**

Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення

**Колективна монографія за загальною редакцією
проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А.**

Public health in Ukraine: achievements and challenges of modern times

**Collective monograph general edited by
prof. Zhdan V.M. and prof. Holovanova I.A.**



Полтава 2024

ЗМІСТ

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В РІЗНИХ РЕГІОНАХ СВІТУ. Голованова І.А, Краснова О.І, Ляхова Н.О., Краснов О.Г.	3
ПОРУШЕННЯ ЯКІСНОГО ТА КІЛЬКІСНОГО СТАНУ МІКРОБІОТИ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ВІРУСНИМ ТОНЗИЛІТОМ. Безега М.І., Зачепило С.В., Полянська В.П., Гасюк Ю.А.	14
ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. Гаджула Н. Г., Чайка В. Г., Повшенюк А. В.	28
ПСИХОТЕРАПІЯ, ЯК ЕФЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ. Гринь К.В., Герасименко Л.О.	38
МОЖЛИВОСТІ МОДЕЛЮВАННЯ СКЛАДУ ДИТЯЧИХ МОЛОЧНИХ СУМІШЕЙ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИКА ЗА РАХУНОК ВВЕДЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ НУТРИЄНТІВ. Козакевич В.К, Козакевич О.Б., Зюзіна Л.С.	50
ВПЛИВ ВІЙНИ НА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ЕПІДЕМІЧНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ. Лобань Г.А., Фаустова М.О., Чумак Ю.В.	60
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВАКУУМ-ІНСТИЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ. Ляховський В.І., Кравців М.І., Городова-Андрєєва Т.В.	70
ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В УКРАЇНІ. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шень Ю.М.	82
ЗАГАЛЬНИЙ ТЯГАР ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ЙОГО СКОРОЧЕННЯ В УКРАЇНІ. Орлова Н.М., Ковтун Г.І.	91

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Гаджула Н. Г., к. мед. н., доцент кафедри терапевтичної стоматології
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Чайка В. Г., к. мед. н., доцент кафедри ортопедичної стоматології
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Повшенюк А. В., к. мед. н., доцент кафедри терапевтичної
стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І.
Пирогова

Вступ. Натепер, в умовах війни, серед внутрішньо переміщених осіб значно збільшилась кількість пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР), що зумовлено впливом психогенних факторів (тривожність, депресія, стрес, підвищена дратівливість, фобії, тощо) [1, 2]. Психосоматичні порушення визначаються як розлади, що характеризуються фізіологічними змінами, які частково спричинені емоційно-психологічними факторами [3]. Вони можуть бути наслідком кількох біохімічних зсувів, пов'язаних із нейромедіаторами в центральній нервовій системі та тимчасовими зв'язками з порожниною рота, а також невідповідними скаргами через когнітивні процеси у вищих центрах мозку [4].

Психосоматичні розлади, що стосуються стоматологічної практики, включають: - розлади, пов'язані зі зміною чутливості в порожнині рота; - розлади, пов'язані з болем; - розлади, викликані невротичними звичками; - аутоімунні розлади; - різноманітні розлади орофаціальної ділянки [3].

З-поміж захворювань СОПР психосоматичного генезу найчастіше зустрічаються червоний плоский лишай (ЧПЛ) [5, 6], глосодинія [7, 8], хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) [9, 10], новоутворення [7, 11]. Висока поширеність зазначених захворювань у хворих із нестійким психоемоційним станом пояснюється тим, що слизова порожнини рота

швидко реагує на стрес, тривогу та депресію, які впливають на гормональні, судинні та м'язові функції і спричиняють фізіологічні порушення, проявами яких є біль, парестезії, кератотичні, виразкові чи передракові процеси слизової [1, 12].

Тому, вивчення впливу психологічних факторів на виникнення, розвиток і прогресування захворювань СОПР, а також зв'язок цих захворювань із психологічним станом і методи його корекції залишаються актуальним питанням.

Мета: оцінити поширеність стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушеним психоемоційним станом, визначити можливі шляхи збереження й відновлення стоматологічного здоров'я.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 55 пацієнтів віком 45-75 років із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота. Пацієнти пройшли повне обстеження порожнини рота для виявлення та підтвердження стоматологічного захворювання. У постановці діагнозу керувалися національним класифікатором хвороб НК 025:2021 [13]. Аналіз психічного здоров'я визначали за допомогою опитувальника загального здоров'я (Goldberg General Health Questionnaire – GHQ) та госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression scale – HADS, Zigmond A.S. і Snaith R.P.). Усі пацієнти були інформовані стосовно мети та завдань дослідження, добровільно заповнили опитувальники. Хворих з порушенням психоемоційного стану розподілили на 2 групи: з діагностованою тривогою (19 осіб) та депресією (18 осіб). Також серед пацієнтів із патологією СОПР було виділено порівняльну групу в кількості 18 осіб, які не мали невротичних і психологічних розладів. У дослідженні оцінювали можливий зв'язок між ознаками, тяжкістю та тривалістю захворювань СОПР, а також скаргами та психологічним і психопатологічним профілем пацієнтів.

Статистичний аналіз результатів дослідження проводили з використанням комп'ютерних програм Microsoft® Excel 2017 і Statistica 6.1. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез у

дослідженні приймали рівним 0,05. Клінічні симптоми та відхилення від норми під час динамічного спостереження були зафіксовані, але не піддавалися статистичному аналізу.

Результати дослідження. Середній вік хворих становив $56,35 \pm 1,12$ років. Жінки склали 73,2% обстежених. У 52,6% (10/19) пацієнтів зі стоматологічною патологією встановлено субклінічно виражену тривогу, у 47,4% (9/19) – клінічно виражену тривогу; у 66,7% (12/18) – субклінічно виражену депресію, у 33,3% (6/18) – клінічно виражену депресію. Оцінка HADS позитивно та значно корелювала з тяжкістю ураження. В дослідженні було зафіксовано статистично значуще збільшення захворювань СОПР у пацієнтів зі стресом, тривогою та депресією, порівняно з порівняльною групою ($p < 0,05$).

З-поміж розладів, пов'язаних із постійним відчуттям печіння в роті виявлено 21,6% (8/37) пацієнтів із синдромом пекучості порожнини рота (СППР) / глосалгією / глосодинією (K14.6). СППР є багатофакторним розладом і визначається як хронічний та болісний орофасціальний розлад, який характеризується постійним пекучим болем у СОПР (переважно в ділянці язика, губ, піднебіння), сухістю в роті, суб'єктивним гірким/металевим присмаком і онімінням слизової [14]. Глосодинія та глосопіроз – різновиди психосоматичного розладу, часто асоціюються з СППР, при якому пацієнт відчуває печіння та хронічний біль в язичі. Тривалі періоди депресії, як правило, спостерігаються до прояву повної клінічної картини глосопірозу [3].

Припускають, що причинами виникнення СППР є взаємодія між місцевими, системними, нейропатологічними та психологічними факторами. Погана якість життя, депресія, тривожність і соматизація часто пов'язані з ним. В дослідженні V. Dibello et al. (2023) за участю осіб середнього та літнього віку встановлено, що тривожні розлади є найпоширенішими станами, пов'язаними з СППР (63,7%), за якими йдуть депресивні розлади (36,3%). Дослідниками виявлено помірний зв'язок між СППР та тривожним

розладом, але меншу кореляцію між СППР та депресивним розладом; крім тривоги та депресії у пацієнтів з СППР виникали розлади сну та біопсихосоціальні зміни [15].

Більшість пацієнтів із СППР мали ксеростомію (надмірна сухість у порожнині рота) та/або дисгевзію (зміна смакових відчуттів). Ксеростомія може бути спричинена різними системними захворюваннями, психологічними станами та фізіологічними змінами. Дисгевзія у пацієнтів виникала внаслідок сухості в порожнині рота, оскільки для функції смаку необхідна достатня кількість слини, а також як вторинний симптом по відношенню до СППР у пацієнтів з порушенням ментального здоров'я.

Серед захворювань з аутоімунним компонентом та оральними проявами на фоні психологічного стресу як етіологічного чинника у прогресуванні хвороби виявлено 24,3% (9/37) пацієнтів з червоним плоским лишаєм (L43.9); 18,9% (7/37) – з рецидивуючим афтозним стоматитом (K12.0); 5,4% (2/37) – з пемфігоїдом СОПР (L10, L12).

Пацієнти з ЧПЛ мали високу частоту іпохондрії (переконавання в наявності невиліковного захворювання) та/або канцерофобії (страх виникнення раку). Пацієнти з ерозивними формами ЧПЛ повідомляли про більший ступінь болю та поширеність тривоги. Наші спостереження підтверджуються результатами досліджень інших авторів [16], в яких зазначено, що поширеність тривоги та порушення сну була вищою у пацієнтів з ЧПЛ, порівняно з показником у здорових людей, а тривалі негативні реакції на стрес впливали на важкість ураження.

Психологічний стрес відіграє певну роль у прояві ХРАС і може слугувати тригером або модифікуючим фактором, а не бути причиною захворювання [10]. Тривога, стрес і депресія частіше зустрічаються у пацієнтів з ХРАС в анамнезі, ніж у здорових людей, що свідчить про те, що негативні емоції можуть сприяти рецидиву уражень [9].

Серед пацієнтів із розладами, пов'язаними з болем у 13,5% (5/37) діагностовано синдром міофасціальної больової дисфункції (СМБД)

скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). СМБД є психофізіологічним розладом, який розвивається внаслідок гіперактивності жувальних м'язів [3]. Клінічні ознаки включають біль, звуки клацання СНЩС, порушення рухів нижньої щелепи, тризм, преаурикулярний біль, тощо [17]. При цьому синдромі зміни хронічного болю в жувальних м'язах пов'язані з психологічним стресом [18, 19] чи депресивними станами [20].

Проявом розладів, спричинених невротичними звичками, парафункціональною діяльністю м'яких і твердих тканин порожнини рота були бруксизм (F45.8) – 5,4% (2/37), прикушування слизової оболонки порожнини рота (K13.1) – 10,8% (4/37), лейкоплакія (K13.2) – 8,1% (3/37). Ці ураження часто виявляють у людей, які перебувають у стресовому стані та в осіб, які проявляють цю активність. Лікування таких хворих потребує виключення психогенного фону.

Тривалість і тяжкість захворювань СОПР були вищими у пацієнтів з тривогою, ніж у пацієнтів з депресією та пацієнтів порівняльної групи. У пацієнтів з тривогою домінували ЧПЛ, ХРАС, СМБД, лейкоплакія, пемфігоїд СОПР; у пацієнтів з депресією – глосодинія, глосопіроз, ксеростомія. Симптоми депресії часто виявляють в осіб з ідіопатичною суб'єктивною сухістю в роті, маячним галітозом, канцерофобією [3].

В літературі велика увага приділяється важливості даних анамнезу у розвитку коморбідних захворювань та виборі лікувальної тактики [10, 21]. Значна кількість стоматологічних захворювань виникає та рецидивує на фоні загострення соматичної патології у поєднанні з розладами психоемоційного стану [4]. Багато досліджень припускають зв'язок між соматичним здоров'ям, якістю життя та відчуттям стресу. Проте, лікарі-стоматологи не приділяють належної уваги психологічному стану таких хворих і не проводять необхідної корекції. З 55 учасників дослідження 32,7% вважалися загалом здоровими за соматичним анамнезом, на 2 загальні розлади скаржилися 45,5%, на 3 і більше – 21,8%. Слід відмітити, що всі пацієнти пов'язували загострення захворювань СОПР із посиленням тривоги чи

рецидивами депресивних розладів. Переважна більшість хворих (26 з 37, що склало 70,3%) не відзначали позитивного ефекту від застосованих методів лікування.

Важливо відзначити, що в 13,5% (5/37) хворих виявляли поєднання захворювань СОПР і пародонту. При аналізі клінічного перебігу одночасних уражень, до прикладу, пародонтит і ЧПЛ у поєднанні з високим рівнем емоційних переживань, слід зазначити збільшення скарг у хворих на біль, відчуття сухості та стягнутості слизової оболонки щік, кровоточивість і набряк ясен, рухомість зубів. Характерною клінічною особливістю захворювань СОПР при одночасному ураженні тканин пародонту на фоні тривожності чи депресії був розвиток більш важких патоморфологічних змін слизової порожнини рота.

З огляду на психопатологічні наслідки, результати нашого дослідження підкреслюють взаємозв'язок виникнення, прогресування чи загострення наявного захворювання між відчуттям стресу, симптомами тривоги та депресії. Разом з тим, у міру збільшення тривалості стоматологічного захворювання у пацієнтів посилюється тривога та депресія, і, відповідно, погіршується якість життя.

Наші результати збігаються з дослідженнями інших авторів [6, 7], в яких встановлено кореляцію між психоемоційними порушеннями та загостреннями уражень слизової порожнини рота. Авторами підтверджено зв'язок між тривалістю захворювання та рівнем сприйманого стресу, а також якістю життя (особливо в навичках самоконтролю). Чим довше пацієнт потребує усунення основних симптомів, тим більша ймовірність розвитку відчуття втрати контролю. Депресивні пацієнти схильні до сумнівів, зневіри в сприятливий результат лікування через почуття безвиході та апатії. У важких випадках це може призвести до набутої безпорадності, через що пацієнти уникають лікування.

Результати проведеного дослідження підтвердили попередні висновки інших авторів і свідчать про необхідність додаткових терапевтичних

втручань, включаючи психологічну корекцію у пацієнтів із захворюваннями органів і тканин порожнини рота, спричиненими психологічними факторами з обов'язковим долученням психолога чи психоневролога.

Виходячи з отриманих даних, можна зробити висновок, що ефективне лікування клінічних проявів захворювань СОПР зменшить відчуття болю, суб'єктивного дискомфорту та тривоги. Це усуне один із основних стресових факторів, якому піддаються пацієнти, зменшить шанси розвитку симптомів тривоги та депресії та значно покращить якість їхнього життя.

Висновки

1. Таким чином, психогенні чинники, такі як стрес, тривожність і депресія, можуть виступати факторами ризику, які впливають на виникнення та прогресування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Застосування психологічних експрес-тестів дає можливість первинно визначати психоемоційний статус стоматологічних пацієнтів.
2. Психоемоційні розлади призводять до появи чи загострення існуючого захворювання СОПР; разом з тим, стоматологічні захворювання посилюють тривожність і депресію, тому введення такого контингенту хворих потребує призначення комплексної терапії стоматологічної патології у поєднанні з психологічною корекцією, які направлені на підвищення якості життя пацієнтів.

Література

1. Muntian O. V., Gadzhula N. G., Muntian V. L., Kurdysh L. F., Gorai M. A. Психоемоційний стан пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота та ефективність його корекції. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27, № 2. С. 248–252. URL: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(2\)-11](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-11)

2. Скрипников П. М., Скрипнікова Т. П., Лупаца Н. А. та ін. Стан здоров'я органів порожнини рота у внутрішньо переміщених осіб. *Український стоматологічний альманах*. 2023. № 1. С. 12–16.
3. Shamim T. The psychosomatic disorders pertaining to dental practice with revised working type classification. *The Korean journal of pain*. 2014. Vol. 27, no. 1, 16–22. URL: <https://doi.org/10.3344/kjp.2014.27.1.16>
4. Yoshikawa T., Toyofuku A. Psychopharmacology and oral psychosomatic disorder. *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine*. 2012. Vol. 70, no. 1, P. 122–125.
5. Porras-Carrique T. D., Miguel Ángel González-Moles M. Á., Saman Warnakulasuriya S., Ramos-García P. Depression, anxiety, and stress in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*. 2022. Vol. 26, no. 2. P. 1391–1408. URL: <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04114-0>
6. Radwan-Oczko M., Zwyrtek E., Owczarek J. E., Szcześniak D. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus. *Journal of applied oral science : revista FOB*. 2018. Vol. 26, no. 18. P. e20170146. URL: <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2017-0146>
7. Guo Y., Wang B., Gao H., et al. Insight into the Role of Psychological Factors in Oral Mucosa Diseases. *International journal of molecular sciences*. 2022. Vol. 23, no. 9. P. 4760. URL: <https://doi.org/10.3390/ijms23094760>
8. Kulygina V. M., Pylypyuk O. Yu., Dorosh I. O., Gadzhula N. G., Povsheniuk A. V. Indicators of studies of psychological peculiarities of patients with glossodynia after complex treatment. *Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport*. 2022. Vol. 7, no. 3. P. 217–224. URL: <https://doi.org/10.26693/jmbs07.03.217>
9. Dhopte A., Naidu G., Singh-Makkad R. et al. 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*. 2018. Vol. 10, no. 11. P.e1109–e1114. URL: <https://doi.org/10.4317/jced.55012>
- 10.Prihanti A., Setyowati D., Dewi L. Management of recurrent aphthous stomatitis with psychological stress (Case Report). *UNEJ E-Proceeding*. 2022. no. 1. P. 66–70. URL: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/prosiding/article/view/32171>
 - 11.Kushta A. O. Психоемоційний стан пацієнтів з раком порожнини рота та ротоглотки. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022. Т. 26, № 3. С. 486–490. URL: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(3\)-24](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-24)
 - 12.Suresh K. V., Shenai P., Chatra L. et al. Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2015. Vol. 7, no. 1. P. e95–e99. URL: <https://doi.org/10.4317/jced.51764>
 - 13.Національний класифікатор НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я” : затв. наказом М-ва економіки України від 04.08.2021 р. № 360-21. Чинний з 01.09.2021 р. С. 16–248. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/naczionalnyj-klassifikator-nk-025.pdf>
 - 14.Zhou H., Lin X. Oral mucosal diseases and psychosocial factors: progress in related neurobiological mechanisms. *The Journal of international medical research*. 2023. Vol. 51, no. 12. 3000605231218619. URL: <https://doi.org/10.1177/03000605231218619>
 - 15.Dibello V., Ballini A., Lozupone M. et al. Exploring the Association of Burning Mouth Syndrome with Depressive and Anxiety Disorders in Middle-Aged and Older Adults: A Systematic Review. *Journal of personalized medicine*. 2023. Vol. 13, no. 6, 1014. URL: <https://doi.org/10.3390/jpm13061014>
 - 16.Adamo D., Calabria E., Coppola N. et al. (Italian Society of Oral Pathology, Medicine). Psychological profile and unexpected pain in oral lichen planus:

- A case-control multicenter SIPMO study^a. *Oral diseases*. 2021. 10.1111/odi.13787. URL: <https://doi.org/10.1111/odi.13787>
17. Nirupama S., Nishmitha J. S., Rashmi P. V. et al. Myofascial pain dysfunction syndrome: a review. *ARC Journal of Dental Science*. 2018. Vol. 3, no. 3. P. 1–4.
 18. Gözler S. Myofascial Pain Dysfunction Syndrome: Etiology, Diagnosis, and Treatment. Temporomandibular Joint Pathology - Current Approaches and Understanding. *InTech*. 2018. URL: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.72529>
 19. Syroishko M. V., Kostiuk T. M. Дисфункція скронево-нижньощелепних суглобів на фоні посттравматичних стресових розладів у пацієнтів. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27, № 2. С. 253–257. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(2\)-12](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-12)
 20. Kim Y. K., Kim S. G., Im J. H., Yun P. Y. Clinical survey of the patients with temporomandibular joint disorders, using Research Diagnostic Criteria (Axis II) for TMD: preliminary^[SEP]study. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery*. 2012. Vol. 40, no. 4. P. 366–372. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2011.05.018>
 21. Povsheniuk A., Gadzhula N., Rekun T. Assessing mucosal immunity in patients with oral diseases associated with rheumatoid arthritis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024. Vol. 12, no. 1. P. 99–105. URL: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(1\):99-105](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(1):99-105)