

**Гасюк Наталія Володимирівна,**  
доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри терапевтичної стоматології,  
Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського,  
ORCID ID: 0000-0002-6798-9090  
м. Тернопіль, Україна

**Яськів Наталія Андріївна,**  
аспірант кафедри терапевтичної стоматології,  
Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського,  
ORCID ID: 0000-0002-5112-7074  
м. Тернопіль, Україна

## Клінічний аналіз обстеження пацієнтів різних вікових груп з хронічними рецидивуючими афтозними стоматитами

**Вступ.** Стрес може впливати на слизову оболонку порожнини рота і призводити до утворення афт. Дослідження психоемоційного статусу є важливим для встановлення етіології ХРАС. **Мета дослідження.** Провести аналіз клінічного обстеження пацієнтів різних вікових груп з хронічними рецидивуючими афтозними стоматитами. **Матеріали та методи.** Обстеженню підлягали 80 осіб, мешканців Тернопільської області, котрим проведено оцінку психоемоційного статусу згідно шкали реактивної та особистої тривожності Автор Ч.Д. Спілбергер (в адаптації Ю.Л. Ханіна), шкали Франкла та кольорового тесту Люшера. Рівень больових відчуттів визначали за допомогою модифікованої шкали VAS. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики, обчислення проводилися з використанням ліцензованих програм «MS Excel 7» для операційної системи «Windows» та стандартного пакету програм «STATISTICA» v. 6.0. **Результати та їх обговорення.** Серед обстежених пацієнтів переважала фібринозна форма ХРАС (у 56,3%), відмічалася превалювання високої особистої тривожності (у 73,8%) та високої реактивної тривожності (у 88,8%). В спокої превалював слабкий біль 1 ступеню у 43,8% пацієнтів; при мовленні та прийомі їжі сильний біль – у 52,5% пацієнтів; при пальпації афт переважав нестерпний біль у 57,4% пацієнтів. **Висновки.** Серед обстежених 33,3% групи 1, 60,0% групи 2 та 73,3% групи 3 відмовлялися від лікування, перебували у кризовому стані; у 55,6% групи 1, 40,0% групи 2 та 20,0% групи 3 емоційний стан визначався як незадовільний та потребували допомоги психолога.

**Ключові слова:** хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, психоемоційний статус, інтенсивність больових відчуттів, дорослі пацієнти.

**Hasiuk Natalia Volodymyrivna,** Doctor of Medical Science, Professor, Professor of the Department of Therapeutic Dentistry, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, ORCID ID: 0000-0002-6798-9090, Ternopil, Ukraine

**Yaskiv Nataliya Andriivna,** Graduate Student of the Department of Therapeutic Dentistry, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, ORCID ID: 0000-0002-5112-7074, Ternopil, Ukraine

## Clinical analysis of the examination of patients of different age groups with chronic recurrent aphthous stomatitis

**Introduction.** Stress can affect the mucous skin of the mouth and lead to the formation of canker sores. The study of psychoemotional status is a place to establish the etiology of ChRAS. using the licensed programs «MS Excel 7» for the operating system «Windows» and the standard program package «STATISTICA» v. 6.0. **Goal.** To conduct an analysis of the clinical examination of patients of different age groups with chronic recurrent aphthous stomatitis. **Materials and methods.** 80 people, residents of Ternopil Oblast, were subjected to the examination, who underwent an assessment of their psycho-emotional status according to the scale of reactive and personal anxiety Author Ch.D. Spielberger (adapted by Y.L. Khanin), Frankl's scale and Lüscher's color test. The level of pain sensations was determined using a modified VAS scale. Statistical analysis of the obtained data was carried out using generally accepted methods of mathematical statistics, calculations were performed using licensed programs «MS Excel 7» for the operating system «Windows» and the standard program package «STATISTICA» v. 6.0. **Results and their discussion.** Among the examined patients, the fibrinous form of ChRAS prevailed (in 56.3%), the prevalence of high personal anxiety (in 73.8%) and high reactive anxiety (in 88.8%) was noted. At rest, weak pain of the 1st degree prevailed in 43.8% of patients; severe pain when speaking and eating – in 52.5% of patients; upon palpation, the aphtha was dominated by unbearable pain in 57.4% of patients. **Conclusions.** Among the examined, 33.3% of group 1, 60.0% of group 2, and 73.3% of group 3 refused treatment, were in a state of crisis; in 55.6% of group 1, 40.0% of group 2, and 20.0% of group 3, the emotional state was defined as unsatisfactory and needed the help of a psychologist.

**Key words:** chronic recurrent aphthous stomatitis, psychoemotional status, intensity of pain, adult patients.

**Вступ.** Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) є одним з найбільш поширених захворювань серед патології слизової оболонки порожнини рота, що характеризується наявністю афт, котрі рецидивують, здебільшого, без певної закономірності, і відзначаються тривалим перебігом та больовими відчуттями [5, 6]. Етіологія ХРАС невідома, але одним з основних факторів ризику даного захворювання вважається стрес, котрий може впливати на слизову оболонку порожнини рота і призводити до утворення афт [8, 10, 11]. Визначенню місця психоемоційного чинника у виникненні ХРАС присвячене дане дослідження.

**Мета.** Провести аналіз клінічного обстеження пацієнтів різних вікових груп з хронічними рецидивуючими афтозними стоматитами.

**Матеріали та методи.** 80 пацієнтів, мешканців Тернопільської області, віком від 18 до 45 років (26 чоловіків – 32,5% та 54 жінки – 67,5%), котрі звернулися в клініку з метою діагностики та лікування захворювань СОПР підлягали ретельному клінічному обстеженню. У всіх пацієнтів верифіковано діагноз хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, клінічні групи виділені в залежності від клінічної форми захворювання згідно рекомендацій ВООЗ, яка виділяє 3 форми існування ХРАС: фібриозна (minor) афта Мікуліча, некротична (major) афта Сеттона, герпетична (herpetiform). Постановка діагнозу базувалася на даних анамнезу, даних об'єктивного обстеження та даних додаткових методів обстеження [1, 10]. Психоемоційний стан пацієнтів згідно шкали реактивної та особистої тривожності Автор Ч.Д. Спілбергер (в адаптації Ю.Л. Ханіна) [2, 7]. Оцінку психоемоційного статусу визначали за допомогою поведінкової шкали Франкла та кольорового тесту Люшера [2, 7]. Рівень больових відчуттів визначали за допомогою модифікованої шкали VAS. Оцінку проводили самостійно пацієнтом в спокої при закритому роті, при мовленні, прийомі їжі та під час

пальпації афт [12]. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики, обчислення проводилися з використанням ліцензованих програм «MS Excel 7» для операційної системи «Windows» та стандартного пакету програм «STATISTICA» v. 6.0. [3, 4].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розподіл пацієнтів за нозологічною формою та статтю наведений в таблиці 1.

Фібриозна форма ХРАС була найбільшою, та становила 56,3% – 45 пацієнтів, серед яких 37,5% – 30 жінок та 18,8% – 15 чоловіків. Некротична форма зустрічалася у 25,0% – 20 пацієнтів, з них 16,3% – 13 жінок та 8,8% – 7 чоловіків. Герпетична форма зустрічалася у 18,7% – 15 пацієнтів, з яких 13,8% – 11 жінок та 5,0% – 4 чоловіки. Всього кількість жінок склала 67,5% – 54 пацієнти, а чоловіків 32,5% – 26 пацієнтів.

Клінічні групи були виділені відповідно до нозологічної форми захворювання. Першу клінічну групу склали 45 пацієнтів з фібриозною формою (56,3%), з них 30 жінок (37,5%) та 15 чоловіків (18,8%). Друга клінічна група представлена 20 пацієнтами з некротичною формою ХРАС (25,0%), з яких 13 жінок (16,3%) та 7 чоловіків (8,8%). Третя група являла собою 15 пацієнтів з герпетичною формою ХРАС (18,7%), з яких 11 жінок (13,8%) та 4 чоловіки (5,0%).

Зважаючи на суттєвий вплив на етіологію виникнення ХРАС стресу було визначено психоемоційний стан пацієнтів згідно шкали реактивної та особистої тривожності Автор Ч.Д. Спілбергер (в адаптації Ю.Л. Ханіна). Для всіх обстежених було визначено рівень особистої тривожності (Табл. 2).

Серед 80 обстежених пацієнтів (100%) у 73,8% – 59 пацієнтів відмічалася висока особиста тривожність, у 20,0% – 16 пацієнтів помірною, а у 6,2% – 5 пацієнтів низькою. Тобто найбільший відсоток пацієнтів

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів статтю та нозологічною формою ХРАС

Стать Нозологічна форма	Жінки		Чоловіки		Разом	
	абс	%	абс	%	абс	%
Фібриозна, афта Мікуліча	30	37,5	15	18,8	45	56,3
Некротична, афта Сеттона	13	16,3	7	8,8	20	25,0
Герпетична	11	13,8	4	5,0	15	18,7
Всього	54	67,5	26	32,5	80	100,0

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів згідно оцінки рівня особистої тривожності

Інтерпретація Групи	Висока тривожність, більше 45 балів		Помірна тривожність, від 30 до 44 балів		Низька тривожність, менше 30 балів	
	абс	%	абс	%	абс	%
Група 1 (n = 45)	34	75,6	8	17,8	3	6,6
Група 2 (n = 20)	16	80,0	3	15,0	1	5,0
Група 3 (n = 15)	9	60,0	5	33,3*	1	6,7
Разом (n=80)	59	73,8	16	20,0	5	6,2

\* – вірогідність відмінностей між показниками клінічних груп та загальною кількістю (p<0,05).

були з високим рівнем особистої тривожності. Серед 45 пацієнтів першої групи (100%) у 75,6% – 34 пацієнтів визначено високий рівень особистої тривожності, у 17,8% – 8 пацієнтів тривожність помірна, а у 6,6% – 3 пацієнтів низька особиста тривожність. Тобто у пацієнтів першої клінічної групи з фібринозною формою ХРАС переважав високий рівень тривожності (у 75,6%). Серед 20 пацієнтів другої клінічної групи (100%) у 80,0% – 16 пацієнтів відмічався високий рівень особистої тривожності, у 15,0% – 3 пацієнтів – помірний, а у 5,0% – 1 пацієнта низький рівень. Тобто у пацієнтів з некротичною формою ХРАС переважав також високий рівень особистої тривожності (у 80,0%). Серед 15 пацієнтів з герпетичною формою ХРАС (100%) у 60,0% – 9 пацієнтів відмічався високий рівень особистої тривожності, у 33,3% – 5 пацієнтів – помірний, а у 6,7% – 1 пацієнта низький рівень. Тобто у пацієнтів з герпетичною формою ХРАС переважав високий рівень особистої тривожності.

У порівнянні між клінічними групами та загальною кількістю визначено невірогідні відмінності високого рівня особистої тривожності (75,6%; 80,0%; 60,0%; 73,8%;  $p>0,05$ ). Помірний рівень тривожності вірогідно вищий у пацієнтів третьої групи (17,8%; 15,0%; 20,0%; 33,3%;  $p<0,05$ ). Низький рівень особистої тривожності відрізнявся невірогідно у пацієнтів клінічних груп (6,6%; 5,0%; 6,7%; 6,2%;  $p>0,05$ ).

На рисунку 1 показано на скільки показники особистої тривожності пацієнтів кожної з 3-х груп (висока, помірна, низька) відрізняються між собою попарно в межах клінічних груп.

Для всіх обстежених було визначено рівень реактивної тривожності (Табл. 3).

Серед 80 обстежених пацієнтів (100%) у 88,8% – 71 пацієнта відмічалася висока реактивна тривожність, у 10,0% – 8 пацієнтів помірна, а у 1,2% – 1 пацієнта низька. Тобто найбільший відсоток пацієнтів були з високим рівнем реактивної тривожності. Серед 45 пацієнтів першої групи (100%) у 88,9% – 40 пацієнтів визначено високий рівень реактивної тривожності,

у 8,9% – 4 пацієнтів тривожність помірна, а у 2,2% – 1 пацієнта низька реактивна тривожність. Тобто у пацієнтів першої клінічної групи з фібринозною формою ХРАС переважав високий рівень реактивної тривожності (у 88,9%). Серед 20 пацієнтів другої клінічної групи (100%) у 90,0% – 18 пацієнтів відмічався високий рівень реактивної тривожності, у 10,0% – 2 пацієнтів – помірний, низький рівень не діагностувався. Тобто у пацієнтів з некротичною формою ХРАС переважав також високий рівень реактивної тривожності (у 90,0%). Серед 15 пацієнтів з герпетичною формою ХРАС (100%) у 86,7% – 13 пацієнтів відмічався високий рівень реактивної тривожності, у 13,3% – 2 пацієнтів – помірний, низький рівень не діагностувався. Тобто у пацієнтів з герпетичною формою ХРАС переважав високий рівень реактивної тривожності.

У порівнянні між клінічними групами та загальною кількістю визначено невірогідні відмінності високого рівня реактивної тривожності (88,9%; 90,0%; 86,7%; 88,8%;  $p>0,05$ ). Помірний рівень тривожності вірогідно вищий у пацієнтів третьої групи (8,9%; 10,0%; 10,0%; 33,3%;  $p<0,05$ ). Низький рівень особистої тривожності діагностувався у одного пацієнта (1,2%).

Результати оцінки психоемоційного статусу, визначеного за допомогою поведінкової шкали Франкла та кольорового тесту Люшера наведено в таблицях 4 та 5.

Згідно поведінкової шкали Франкла серед 45 пацієнтів з фібринозною формою ХРАС (перша група) 33,3% 15 пацієнтів відмовлялися від лікування, були сповнені страху, що відповідає «F--» абсолютно негативній поведінці; 25 пацієнтів 55,6% з небажанням приймали лікування, відмічалися ознаки негативізму, але не настільки явно виражені, що відповідає «F-» негативній поведінці; 4 пацієнти 8,9% приймали лікування, але з настороженістю, виконували вимоги лікаря, що відповідає «F+» позитивній поведінці; та лише у 2,2% – 1 пацієнт хороший контакт з лікарем, виявляли інтерес до процедур, що проводиться, сміялися, раділи, що відповідає абсолютно позитивній поведінці «F++».

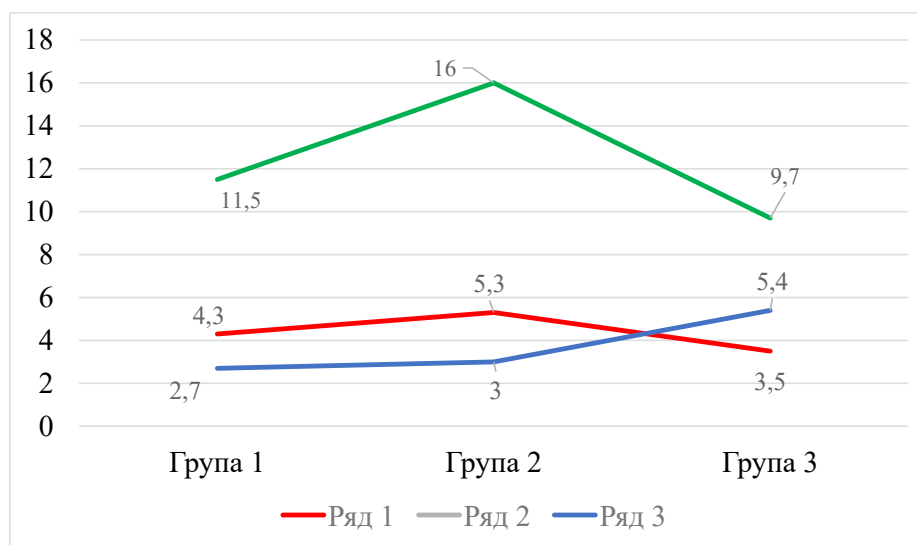


Рис. 1. Попарне співвідношення рівнів особистої тривожності в клінічних групах

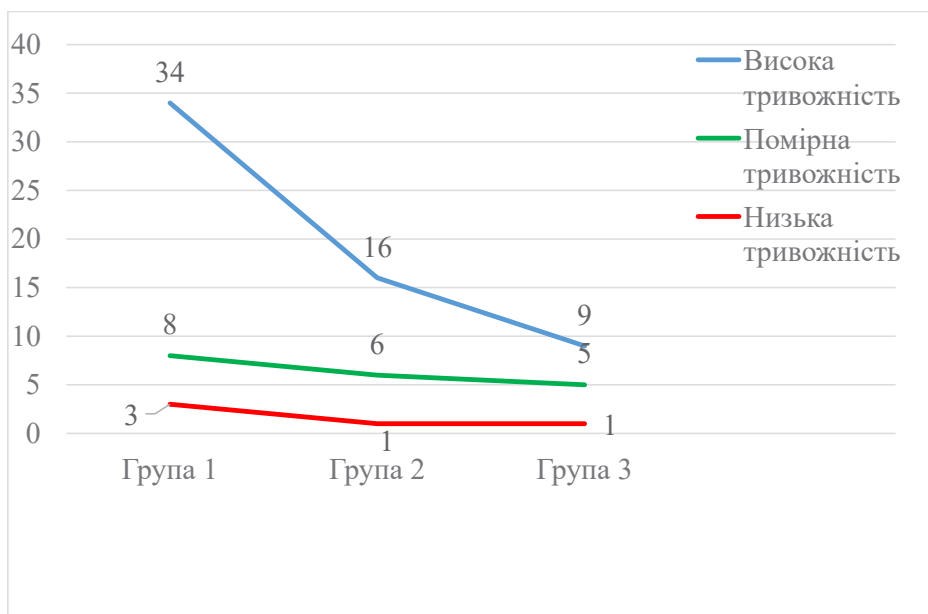


Рис. 2. Кількісний розподіл пацієнтів за рівнями особистої тривожності в клінічних групах

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів згідно оцінки рівня реактивної тривожності

Інтерпретація Групи	Висока тривожність, більше 45 балів		Помірна тривожність, від 30 до 44 балів		Низька тривожність, менше 30 балів	
	абс	%	абс	%	абс	%
Група 1 (n = 45)	40	88,9	4	8,9*	1	2,2
Група 2 (n = 20)	18	90,0	2	10,0*	-	-
Група 3 (n = 15)	13	86,7	2	13,3*	-	-
Разом (n=80)	71	88,8	8	10,0*	1	1,2

\* – вірогідність відмінностей між показниками клінічних груп та загальної кількості ( $p < 0,05$ ).

Серед 20 пацієнтів з некротичною формою ХРАС 60,0% 12 пацієнтів відмовлялися від лікування, були сповнені страху, що відповідає «F--» абсолютно негативній поведінці; 8 пацієнтів 40,0% з небажанням приймали лікування, відмічалися ознаки негативізму, але не настільки явно виражені, що відповідає «F-» негативній поведінці.

Серед пацієнтів третьої групи з гепетиформним видом ХРАС 73,3% 11 пацієнтів відмовлялися від лікування, були сповнені страху, що відповідає «F--» абсолютно негативній поведінці; 3 пацієнтів 20,0% з небажанням приймали лікування, відмічалися ознаки негативізму, але не настільки явно виражені, що відповідає «F-» негативній поведінці та лише 1 пацієнт 6,7% приймали лікування, але з настороженістю, виконували вимоги лікаря, що відповідає «F+» позитивній поведінці.

Результати тесту Люшера корелюють з результатами оцінки за шкалою Франка, 33,3% (15 пацієнтів) групи 1, 60,0% (12 пацієнтів) групи 2 та 73,3% (11 пацієнтів) групи 3 відмовлялися від лікування, перебували у кризовому стані та потребували допомоги фахівців (психолога, психотерапевта); у 25 пацієнтів (55,6%) групи 1, у 8 пацієнтів (40,0%) групи 2 та у 3 пацієнтів (20,0%) групи 3 емоційний стан визначався як незадо-

вільний, та потребували допомоги психолога, та лише 4 пацієнти (8,9%) групи 1 та 1 пацієнт (6,7%) групи 3 перебували в задовільному та сприятливому емоційному стані (Табл. 5).

Отже, низький рівень тривоги діагностовано у 11,1% – 5 пацієнтів групи 1 та у 6,7% – 1 пацієнта групи 3; середній рівень тривоги – у 55,6% – 25 пацієнтів групи 1, 40,0% – 8 пацієнтів групи 2 та 20,0% – 3 пацієнтів групи 3; високий рівень тривоги – у 33,3% – 15 пацієнтів групи 1, у 60,0% – 12 пацієнтів групи 2 та 73,3% – 11 пацієнтів групи 3.

У пацієнтів клінічних груп було проведено визначення рівня больових відчуттів за допомогою модифікованої шкали VAS. Оцінку проводили самостійно пацієнтом в спокої при закритому роті, при мовленні, прийомі їжі та під час пальпації афт. Результати наведені в таблиці 6.

Всі обстежені 80 пацієнтів в спокої при закритому роті за шкалою VAS відмічали наявність больових відчуттів, зокрема у 43,8% – 35 пацієнтів слабкий біль 1 ступеню, у 40,0% – 32 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, та у 16,2% – 13 пацієнтів сильний біль 3 ступеню. При мовленні, прийомі їжі у 2,5% – 2 пацієнтів слабкий біль 1 ступеню, у 15,0% – 12 пацієнтів помірний біль

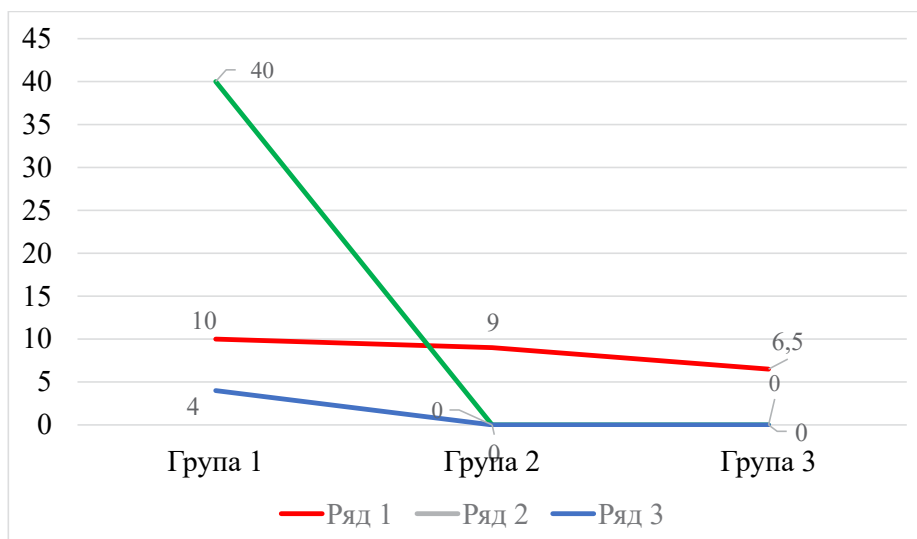


Рис. 3. Попарне співвідношення рівнів реактивної тривожності в клінічних групах

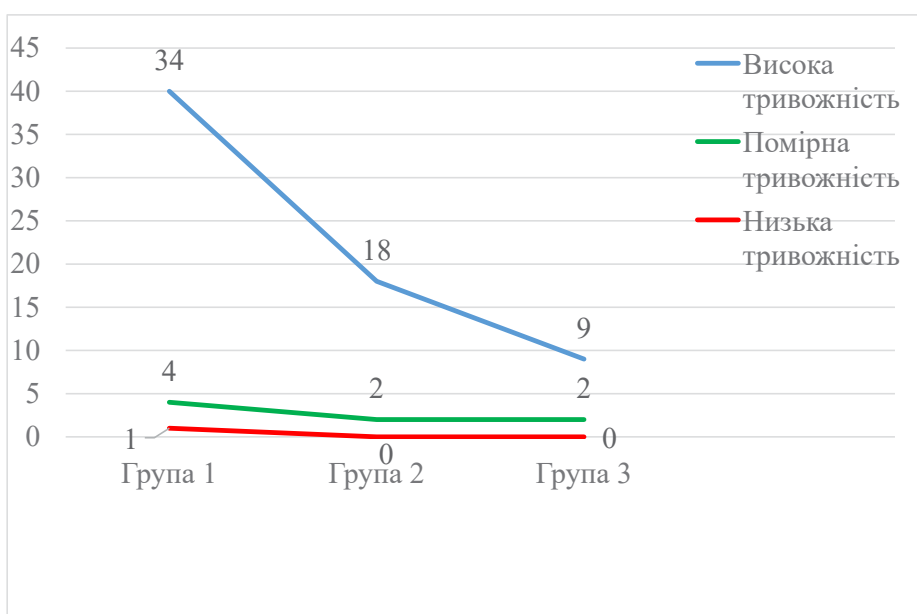


Рис. 4. Кількісний розподіл пацієнтів за рівнями реактивної тривожності в клінічних групах

Таблиця 4

Рівень тривоги у обстежених згідно поведінкової шкали Франкла

Групи	Група 1 (n=45)		Група 2 (n = 20)		Група 3 (n = 15)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Інтерпретація						
«F++» абсолютно позитивна поведінка	1	2,2	-	-	-	-
«F+» позитивна поведінка	4	8,9	-	-	1	6,7
«F-» негативна поведінка	25	55,6	8	40,0	3	20,0
«F--» абсолютно негативна поведінка	15	33,3	12	60,0	11	73,3

2 ступеню, у 52,5% – 42 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 30,0% – 24 пацієнтів нестерпний біль. При пальпації афт у 6,3% – 5 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, у 36,3% – 29 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 57,4% – 24 пацієнтів нестерпний біль.

Тобто у обстежених пацієнтів в спокої превалював слабкий біль 1 ступеню у 43,8% – 35 пацієнтів; при мовленні та прийомі їжі сильний біль – у 52,5% – 42 пацієнтів; при пальпації афт переважав нестерпний біль у 57,4% – 24 пацієнтів.

Рівень тривоги у обстежених згідно тесту Люшера

Групи	Група 1 (n=45)		Група 2 (n = 20)		Група 3 (n = 15)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Інтерпритація, бали						
4	1	2,2	-	-	-	-
3	4	8,9	-	-	1	6,7
2	25	55,6	8	40,0	3	20,0
1	15	33,3	12	60,0	11	73,3

Таблиця 6

Оцінка інтенсивності больового синдрому у пацієнтів клінічних груп (шкала VAS)

Групи	1 група (n=45)		2 група (n=20)		3 група (n=15)		Всього (n=80)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
В спокої, при закритому роті								
Болі нема (0)	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ступінь слабкий біль (0-4)	21	46,7	8	40,0	6	40,0	35	43,8
2 ступінь помірний біль (4-7)	18	40,0	8	40,0	6	40,0	32	40,0
3 ступінь сильний біль (>7)	6	13,3	4	20,0	3	20,0	13	16,2
4 ступінь нестерпний біль (10)	-	-	-	-	-	-	-	-
При мовленні, прийомі їжі								
Болі нема (0)	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ступінь слабкий біль (0-4)	1	2,2	1	5,0	-	-	2	2,5
2 ступінь помірний біль (4-7)	5	11,2	2	10,0	5	33,3	12	15,0
3 ступінь сильний біль (>7)	24	53,3	12	60,0	6	40,0	42	52,5
4 ступінь нестерпний біль (10)	15	33,3	5	25,0	4	26,7	24	30,0
При пальпації								
Болі нема (0)	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ступінь слабкий біль (0-4)	-	-	-	-	-	-	-	-
2 ступінь помірний біль (4-7)	3	6,7	1	5,0	1	6,7	5	6,3
3 ступінь сильний біль (>7)	18	40,0	6	30,0	5	33,3	29	36,3
4 ступінь нестерпний біль (10)	24	53,3	13	65,0	9	60,0	46	57,4

Серед пацієнтів першої клінічної групи з фібринозною формою ХРАС розподіл інтенсивності больових відчуттів був наступним: в спокої при закритому роті у 46,7% – 21 пацієнта слабкий біль 1 ступеню, у 40,0% – 18 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, та у 13,3% – 6 пацієнтів сильний біль 3 ступеню; при мовленні, прийомі їжі у 2,2% – 1 пацієнта слабкий біль 1 ступеню, у 11,2% – 5 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, у 53,3% – 24 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 33,3% – 15 пацієнтів нестерпний біль. При пальпації афт у 6,7% – 3 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, у 40,0% – 18 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 53,3% – 24 пацієнтів нестерпний біль.

Серед пацієнтів другої клінічної групи з некротичною формою ХРАС розподіл інтенсивності больових відчуттів був наступним: в спокої при закритому роті у 40,0% – 8 пацієнтів слабкий біль 1 ступеню, у 40,0% – 8 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, та у 20,0% – 4 пацієнтів сильний біль 3 ступеню; при мовленні, прийомі їжі у 5,0% – 1 пацієнта слабкий біль 1 ступеню, у 10,0% – 2 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, у 60,0% – 12 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 25,0% – 5 пацієнтів нестерпний біль. При пальпації афт у 5,0% – 1 пацієнта помірний біль 2 ступеню, у 30,0% – 6 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 65,0% – 13 пацієнтів нестерпний біль.

Серед пацієнтів третьої клінічної групи з герпетичним ХРАС розподіл інтенсивності больових відчуттів був наступним: в спокої при закритому роті у 40,0% – 6 пацієнтів слабкий біль 1 ступеню, у 40,0% – 6 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, та у 20,0% – 3 пацієнтів сильний біль 3 ступеню; при мовленні, прийомі їжі у 33,3% – 5 пацієнтів помірний біль 2 ступеню, у 40,0% – 6 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та у 26,7% – 4 пацієнтів нестерпний біль. При пальпації афт у 6,7% – 1 пацієнта помірний біль 2 ступеню, у 33,3% – 5 пацієнтів сильний біль 3 ступеню та

у 60,0% – 9 пацієнтів нестерпний біль. Відмінності між показниками клінічних груп невірні. ( $p>0,05$ ).

**Висновки.** Серед обстежених пацієнтів переважала фібриозна форма ХРАС (у 56,3%), відмічалось переважання високої особистої тривожності (у 73,8%) та високої реактивної тривожності (у 88,8%); 33,3% групи 1, 60,0% групи 2 та 73,3% групи 3 відмовлялися від лікування, перебували у кризовому стані; у 55,6% групи 1, 40,0% групи 2 та 20,0% групи 3 емоційний стан визначався як незадовільний, та потребували допомоги психолога.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз стоматологічного статусу у пацієнтів з різних вікових груп, мешканців Тернопільської області. Н.А. Ясків. *IntermedicalJournal*. 2023 Спецвипуск. С. 119–123. DOI <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2023-3-24>
2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Доступно за посиланням: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depres-HADS>.
3. Основи медичної статистики: монографія. І.А. Голованова, І.В. Белікова, Н.О. Ляхова. Полтава: Українська медична стоматологічна академія. 2017, 113 с.
4. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R–statistics). В.Г. Гур'янов, Ю.С. Лях, В.Д. Парій та ін. Київ. Видавництво «Вістка». 2018. 208 с.
5. Рецидивуючий афтозний стоматит. С.В. Татарко, Г.Л. Єщенко. *Перспективи та інновації науки (Рубрика «Медицина»)*. 2023. Т. 23. № 5. С. 73–80.
6. Фелештинська О.Я. Особливості діагностики та лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту при хворобі Крона: дис. .... доктора філософії: 14.01.22. Київ. 2021. 250 с.
7. A single-item Visual Analogue Scale (VAS) measure for assessing depression among college students. Z. Huang, I.V. Kohler, F. Kämpfen. *Community mental health journal* 2020. Vol.56. № 2. P.355–367. PMID: 31531784 DOI:10.1007/s10597-019-00469-7
8. Etiopathogenesis of Recurrent Aphthous Stomatitis and the Role of Immunologic Aspects: Literature Review. Z. Slebioda, E. Szponar, A. Kowalska. *Arch. Immunol. Ther. Exp.* 2014. № 62. P.205–215. doi: 10.1007/s00005-013-0261-y PMID: 24217985
9. Memojis Pain Scale: A novel pain assessment tool. K.V. Saikiran, S.R. Elicherla, S.V. Mounika, K.R. Hemanth. and all. *Int J Paediatr Dent.* 2023. Vol.33. № 4. P.364–371. doi: 10.1111/ipd.13044. Epub 2023 Jan 20. PMID: 36631986.
10. Recurrent Aphthous Stomatitis. J. Sánchez-Bernal, C. Conejero, R. Conejero *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020. Vol.111. № 6. P.471–480. PMID: 32451064 DOI:10.1016/j.ad.2019.09.004.
11. Serum prolidase and oxidative stress levels in patients with recurrent aphthous stomatitis: a prospective, controlled study. A. Ekinci, E. Demir, H. Ekinci. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2020. Vol.86. № 1. P. 18–23. doi:10.4103/ijdv. IJDVL\_20\_18. PMID: 31249217. 2017.
12. Substantiation of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in crohn's disease. / O.Y. Feleshtynska, O.O. Dyadyk. *Wiad.Lek.* 2020. Vol.73. № 3. P.512–516. PMID: 32285824

## REFERENCES

1. Yaskiv, N.A. (2023). Analiz stomatolohichnoho statusu u patsientiv z riznykh vikovykh hrup, meshkantsiv Ternopil'skoi oblasti. [Analysis of the dental status of patients from different age groups, residents of the Ternopil region.]. *IntermedicalJournal*. Spetsvypusk. – IntermedicalJournal Special issue. 119–123. [in Ukrainian]. DOI <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2023-3-24>
2. Hospitalna shkala tryvohy i depresii [Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)]. Dostupno za posylanniam – Available at the link: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depres-HADS>. [in Ukrainian].
3. Golovanova, I.A., Belikova, I.V. & Lyakhova N.O. (2017). Osnovy medychnoi statystyky: monohrafiia. [Basics of medical statistics: monograph]. Poltava: Ukrainiska medychna stomatolohichna akademiia. – Poltava: Ukrainian Medical Stomatological Academy, 113 p. [in Ukrainian].
4. Gur'yanov, V.G., Lyakh, Yu.Ye., Pariy V.D. et. all. (2018). Posibnyk z biostatystyky. Analiz rezultativ medychnykh doslidzen u paketi EZR (R–statistics). [Handbook of biostatistics. Analysis of the results of medical research in the EZR (R–statistics) package]. Kyiv. Vydavnytstvo «Vistka». – Kyiv. «Vistka» publishing house, 208 p. [in Ukrainian].
5. Tatarko, S.V. & Yeshchenko, H.L. (2023). Retsydyvuiuchy i aftoznyi stomatyt. [Recurrent aphthous stomatitis.]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky (Rubryka «Medytsyna»)*. 5(23), 73–80. [in Ukrainian].
6. Feleshtynska, O.Ia. Osoblyvosti diahnozyky ta likuvannia khronichnoho retsydyvuiuchoho aftoznoho stomatyty pry khvorobi Krona: dys. ... nauk. st. doktora filosofii. [Features of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in Crohn's disease: dissertation. .... PhD ]. Kyiv, 2021:250. [in Ukrainian].
7. Huang, Z., Kohler, I.V. & Kämpfen, F. (2020). A single-item Visual Analogue Scale (VAS) measure for assessing depression among college students. *Community mental health journal*, 56(2), 355–367. [in English]. PMID: 31531784 DOI:10.1007/s10597-019-00469-7
8. Slebioda, Z., Szponar, E. & Kowalska, A. (2014). Etiopathogenesis of Recurrent Aphthous Stomatitis and the Role of Immunologic Aspects: Literature Review. *Arch. Immunol. Ther. Exp.*, 62, 205–215. [in English]. doi: 10.1007/s00005-013-0261-y PMID: 24217985

- 
9. Saikiran, K.V., Elicherla, S.R., Mounika, S.V., Hemanth, K. R., and all. (2023). Memojis Pain Scale: A novel pain assessment tool. *Int J Paediatr Dent*, 33(4), 364–371. [in English]. doi: 10.1111/ipd.13044. Epub 2023 Jan 20. PMID: 36631986.
  10. Sánchez-Bernal, J., Conejero, C. & Conejero, R. (2020). Recurrent Aphthous Stomatitis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*, 111(6), 471–480. [in English]. PMID: **32451064** DOI:10.1016/j.ad.2019.09.004.
  11. Ekinci, A., Demir, E. & Ekinci, H. (2020). Serum prolidase and oxidative stress levels in patients with recurrent aphthous stomatitis: a prospective, controlled study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 86(1), 18–23. [in English]. doi:10.4103/ijdv.IJDVL\_20\_18. PMID: 31249217.
  12. Feleshtynska, O.Y. & Dyadyk, O.O. (2020). Substantiation of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in crohn's disease. *Wiad.Lek*, 73(3), 512–516. [in English]. PMID: 32285824