

DOI: <https://doi.org/10.17816/dent316452>

Оригинальное исследование



Оценка влияния психологического сопровождения на эффективность стоматологического лечения пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта

М.А. Кинкулькина¹, М.В. Князева¹, Я.В. Самохлиб¹, И.А. Парамонова¹, Ю.О. Парамонов¹, Г.Н. Шелеметьева²

¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация;

² Частная практика, Благовещенск, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Психологические факторы негативно влияют на развитие и течение хронических заболеваний слизистой оболочки рта.

Цель исследования — оценить влияние психологического сопровождения на эффективность терапии красного плоского лишая и хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы. В когортном нерандомизированном клиническом исследовании участвовали 64 пациента — 46 женщин (71,8%) и 18 мужчин (28,2%), средний возраст — 60,3±3,0 года. Критерием деления на группы являлось согласие пациентов на работу с психологом. Согласие на психологическое сопровождение относили к группе исследования, отказ от психологического сопровождения — к группе сравнения. Анамнестическое обследование включало оценку качества жизни, выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, тревожности по шкале Бека; клиническое проводилось по стандартной методике стоматологического обследования.

Результаты. После лечения в 1-й группе отмечено достоверное уменьшение тревожности, снижение выраженности болевого синдрома и повышение качества жизни. Во 2-й группе сравнения отмечена тенденция к снижению выраженности болевого синдрома, без статистически значимого изменения уровня тревожности, и улучшение качества жизни.

Заключение. Психологическая коррекция в комплексном лечении пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта повышает комплаенс пациентов и эффективность лечения основного заболевания.

Ключевые слова: красный плоский лишай; хронический рецидивирующий афтозный стоматит; тревожность; стоматологическое качество жизни.

Как цитировать:

Кинкулькина М.А., Князева М.В., Самохлиб Я.В., Парамонова И.А., Парамонов Ю.О., Шелеметьева Г.Н. Оценка влияния психологического сопровождения на эффективность стоматологического лечения пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта // Российский стоматологический журнал. 2023. Т. 27, № 5. С. 00–00. DOI: <https://doi.org/10.17816/dent316452>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dent316452>

Original Study Article

The effect of psychotherapy on treatment efficacy of chronic oral mucosa diseases

Marina A. Kinkulkina¹, Marina V. Knyazeva¹, Yana V. Samokhlib¹, Irina A. Paramonova¹, Yuri O. Paramonov¹, Galina N. Shelemetyeva²

¹ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation;

² Private dental practice, Blagoveshchensk, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: Psychological factors negatively affect the development and course of chronic diseases of the oral mucosa.

AIM: To evaluate the effect of psychological support on the effectiveness of therapy for lichen planus and chronic recurrent aphthous stomatitis.

MATERIALS AND METHODS: The cohort non-randomized clinical trial involved 64 patients, 46 women (71.8%) and 18 men (28.2%); the average age was 60.3 ± 3.0 years. The criterion for dividing into groups was the consent of patients to work with a psychologist. Consent to psychological support was attributed to the study group, refusal of psychological support — to the comparison group. Anamnestic examination included an assessment of quality of life, severity of pain syndrome on a visual analog scale, anxiety on the Beck Anxiety Inventory. Clinical examination was performed according to the standard method of dental examination.

RESULTS: After treatment in group 1, there was a significant decrease in anxiety, a decrease in the severity of pain syndrome and an improvement in the quality of life. In the comparison group 2, there was a tendency to decrease the severity of pain syndrome, without a statistically significant change in the level of anxiety and an improvement in the quality of life.

CONCLUSION: Psychological correction in the complex treatment of patients with chronic diseases of the oral mucosa increases patient compliance and the effectiveness of treatment of the underlying disease.

Keywords: oral lichen planus; recurrent aphthous stomatitis; anxiety; oral health related quality of life.

To cite this article:

Kinkulkina MA, Knyazeva MV, Samokhlib YaV, Paramonova IA, Paramonov YuO, Shelemetyeva GN. The effect of psychotherapy on treatment efficacy of chronic oral mucosa diseases. *Russian Journal of Dentistry*. 2023;27(5):00–00. DOI: <https://doi.org/10.17816/dent316452>

ОБОСНОВАНИЕ

Хронические заболевания слизистой оболочки рта (СОР) характеризуются длительным течением, склонностью к рецидивам, высокой частотой малигнизации и зачастую сопровождаются значительным снижением качества жизни пациентов [1].

Распространённость хронических заболеваний СОР неодинакова в различных возрастных группах. По данным С.И. Гажвы и соавт., общая распространённость заболеваний СОР среди населения Владимирской области в возрасте от 21 года до 74 лет составляла 36%. Красный плоский лишай (КПЛ) наиболее часто выявляли у пациентов 35–64 лет, и его распространённость составила 4,8%. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) был диагностирован в 5,1% случаев и встречался примерно с одинаковой частотой во всех возрастных группах [1]. Сходные данные были получены при анализе стоматологической заболеваемости СОР в Нижегородской области [2]. При этом КПЛ был наиболее часто диагностируемым заболеванием СОР (23%). ХРАС был выявлен у 11% пациентов. По данным М.П. Харитоновой и соавт., в структуре стоматологической заболеваемости СОР Свердловской области частота выявления КПЛ составила 14,5% с преобладанием типичной формы (82%), а частота выявления ХРАС достигала 6,9% [3]. Согласно опубликованному в 2020 году систематическому обзору с метаанализом, средняя распространённость КПЛ в мире составляла 0,89–0,98%, при этом распространённость данного заболевания среди пациентов до 40 лет составляла 0,62%, а после 40 лет — 1,9% [4]. Согласно данным S. Jurge и соавт., распространённость ХРАС в различных странах составляет от 5 до 60% в зависимости от обследованной группы пациентов [5].

Многие авторы указывают на взаимосвязь между психологическими факторами и развитием хронических заболеваний СОР [6, 7]. В последние десятилетия в силу ускорения темпа жизни и стремительного развития научно-технического прогресса увеличивается число людей, испытывающих нервное перенапряжение, пограничные расстройства психики, тревожно-депрессивные состояния. По данным Всемирной организации здравоохранения (2017), более 300 млн человек живут с депрессией, а распространённость заболевания с 2005 по 2015 год увеличилась на 18% [8]. По данным Д.И. Боечко и соавт., во время пандемии коронавируса распространённость депрессивных и тревожных состояний среди населения составила 54,5% и 41,2% соответственно [9].

Учитывая взаимосвязь хронических заболеваний СОР и психологических факторов, можно предположить, что психологическое сопровождение может способствовать большей эффективности стоматологического лечения и снижению частоты рецидивов. Например, X. Song и соавт. описали клинический случай КПЛ, ранее плохо поддававшегося стандартной терапии, при котором

значительного улучшения удалось добиться благодаря включению в комплексный план психотерапевтического лечения с назначением препаратов бензодиазепинового ряда [10].

Целью настоящего исследования было оценить влияние психологического сопровождения на эффективность терапии хронических заболеваний СОР (ХРАС и КПЛ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (протокол 10-22 от 19.05.2022).

Работа выполнялась с использованием инфраструктуры уникальной научной установки «Трансгенбанк».

В данном клиническом нерандомизированном исследовании приняли участие 64 пациента (46 женщин и 18 мужчин), обратившиеся в Институт стоматологии им. Е.В. Боровского в период с мая по ноябрь 2022 года по поводу хронических заболеваний СОР. Средний возраст пациентов составлял $60,3 \pm 3,0$ года.

Критериями включения были возраст старше 18 лет, наличие клинически подтверждённого ХРАС или КПЛ, средний или высокий уровень тревожности (более 21 балла по шкале тревожности Бека), подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были наличие декомпенсированных системных заболеваний (сахарный диабет, инфекционный гепатит, сердечно-сосудистые заболевания, аутоиммунные заболевания), беременность, отказ от лечения, онкологические заболевания, установленный психиатрический диагноз.

Пациентам на этапе включения в исследование предлагали наряду с лечением у врача-стоматолога проконсультироваться у психолога и получить психологическое сопровождение. Пациентов, согласившихся на психологическое сопровождение, включали в группу исследования; пациентов, отказавшихся от психологической поддержки, включали в группу сравнения.

Стоматологическое лечение ХРАС и КПЛ проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями по одинаковым схемам в обеих группах [11, 12].

В ходе исследования была проведена оценка стоматологического статуса пациентов по стандартной методике стоматологического обследования, включающей расспрос и клиническое обследование. Была также проведена оценка стоматологического качества жизни, выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и оценка тревожности по шкале Бека. Данное обследование проводили в начале исследования и после завершения стандартных этапов лечения (через 6 мес).

Статистическую обработку результатов исследования проводили в программе RStudio версии 1.2.1335. Для оценки различий порядковых и количественных переменных для независимых групп использовали критерий

Манна–Уитни, для зависимых групп — критерий Уилкоксона. Для оценки различий между распределением номинальных переменных использовали точный тест Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группу исследования включили 40 пациентов, согласившихся на участие в программе психологического сопровождения в сочетании со стандартным лечением заболеваний СОР. В группу сравнения включили 24 пациента, отказавшихся от психологического сопровождения. Большинство пациентов второй группы не считали такое сопровождение необходимым (14 человек, 58%). Кроме того, 17% пациентов мотивировали свой отказ отсутствием времени, и 17% — отсутствием финансовых средств.

До начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий по средним баллам тревожности по шкале Бека между подгруппами с психологическим сопровождением и без ($p=0,8303$) (табл. 1). После проведенного лечения средний балл по шкале тревожности значительно снизился в группе с психологическим сопровождением — в среднем на 6,6 пункта ($p=0,009006$), а в группе без психологического сопровождения не было зафиксировано значимых изменений ($p=0,8562$).

Распределение по уровню тревожности не отличалось значительно между подгруппами до начала терапии. Большинство пациентов имели средний либо высокий уровень тревожности. Не было также зафиксировано достоверного изменения уровня тревожности после проведенного лечения в обеих группах. Однако в группе с психологической поддержкой после лечения с 45% до 60% увеличилась доля пациентов со средним уровнем тревожности

и с 55% до 35% снизилась доля пациентов с высоким уровнем тревожности.

До начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий в выраженности болевого синдрома, оцененного по ВАШ, между подгруппами с психологическим сопровождением и без ($p=0,8152$) (табл. 2). Средний балл по ВАШ после проведения лечения значительно снизился в группе с психологическим сопровождением (в среднем на 8 пунктов, $m=0,009006$), а в группе без психологического сопровождения была отмечена тенденция к снижению данного показателя в среднем на 5 пунктов, однако, не достигшая уровня статистической значимости ($m=0,09933$).

До начала терапии не было зафиксировано достоверных отличий по пунктам опросника оценки качества жизни (OHIP-14), связанного со здоровьем полости рта, между подгруппами (табл. 3). При анализе результатов анкетирования по подразделам опросника было показано, что наибольшее снижение качества жизни у пациентов обеих групп было связано с физической болью. Качество жизни по данному показателю после проведенного лечения увеличивалось в среднем на 2,4 пункта в группе с психологическим сопровождением ($p=0,0004485$) и на 1,3 пункта в группе без психологического сопровождения ($p=0,07314$). Аналогичная тенденция наблюдалась по подразделам «психологический дискомфорт» и «физические ограничения», по которым также отмечали значительное снижение качества жизни до начала лечения.

В настоящее исследование включали пациентов с высоким уровнем тревожности (по шкале тревожности Бека), которым была показана терапия у психолога. Несмотря на то, что разделение пациентов по группам происходило

Таблица 1. Динамика уровня тревожности по шкале Бека у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта до и после лечения

Table 1. Dynamics of anxiety level on Beck Anxiety Inventory in patients with chronic diseases of oral mucosa before and after treatment						
	С психологическим сопровождением (n=40)			Без психологического сопровождения (n=24)		
	До	После	Δ	До	После	D
Степень тревожности, чел. (%)						
Низкая	–	2 (5)	–	–	–	–
Средняя	18 (45)	24 (60)	–	18 (75)	18 (75)	–
Высокая	22 (55)	14 (35)	–	6 (25)	6 (25)	–
Значимость отличий	p=0,3406 ¹			–	–	–
Балл						
m±sd	39,9±12,1	33,3±8,7	6,6±8,6	40,4±8,7	40,25±8,6	0,2±2,1
Медиана [Q1; Q3]	38,5 [29,3; 52]	33 [28; 38,3]	4 [1,8; 11,5]	39,5 [36; 42,3]	38,5 [37; 59]	–1 [–1; 2]
Значимость отличий	p=0,002168 ²			–	p=0,8562 ²	p=0,009006 ³

Примечание: 1 — по результатам точного теста Фишера; 2 — по результатам теста Уилкоксона между показателями до лечения и после лечения в каждой подгруппе; 3 — по результатам теста Манна–Уитни между разницей баллов в подгруппах; Q1 — 25-й процентиль; Q3 — 75-й процентиль.

Note: 1 — by Fisher's exact test; 2 — by Wilcoxon test between pre-treatment and post-treatment scores in each subgroup; 3 — by Mann-Whitney test between subgroup score differences; Q1 — 25th percentile; Q3 — 75th percentile.

Таблица 2. Динамика выраженности болевого синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта по визуально-аналоговой шкале до и после проведенного лечения**Table 2.** Dynamics of pain syndrome severity in patients with chronic diseases of oral mucosa on a visual analog scale before and after treatment

	С психологическим сопровождением (n=40)			Без психологического сопровождения (n=24)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Значение по визуально-аналоговой шкале, баллов	35±12 34 [27,5; 40,3] ^a	27±10 28 [19,8; 36] ^A	8±11 4,5 [0; 15,8]	35±11 31,5 [27; 37,5] ^a	30±9 29 [24,3; 34,3] ^A	5±9 2 [-1; 4,8]
Значимость отличий	p=0,007601 ¹			p=0,09933 ¹		
	—			p=0,3782 ²		

Примечание: 1 — по результатам теста Уилкоксона между показателями до лечения и после лечения в каждой подгруппе; 2 — по результатам теста Манна-Уитни между разницей баллов в подгруппах; а — достоверность отличий между группами до лечения; А — достоверность отличий между группами после лечения.

Note: 1 — by Wilcoxon test between pre-treatment and post-treatment scores in each subgroup; 2 — by Mann-Whitney test between the difference of scores in subgroups; a — reliability of differences between groups before treatment; A — reliability of differences between groups after treatment.

Таблица 3. Оценка качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта по подразделам опросника OHIP-14 до и после проведенного лечения**Table 3.** Assessment of the quality of life of patients with chronic diseases of oral mucosa according to the subsections of the OHIP-14 questionnaire before and after treatment

Подразделы OHIP-14	С психологическим сопровождением (n=40)			Без психологического сопровождения (n=24)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Функциональные нарушения (вопросы 1 и 2)	1,5±1,0 1 [1; 1,25] ^a	0,9±0,7 1 [0,8; 1] ^A (p=0,01154)	0,6±0,8 0 [0; 1]	1,1±0,5 1 [1; 1] ^a	1,0±0,7 1 [0,8; 1,3] ^A (p=0,8501)	0,1±0,8 0 [0; 0] (p=0,0831)
Физическая боль (вопросы 3 и 4)	5,9±1,9 6 [4; 7,3] ^a	3,6±1,4 3,5 [2; 5] ^A (p=0,0004485)	2,4±1,7 2,5 [1; 3,3]	6,4±1,6 6,5 [5; 8] ^a	5,1±1,3 5 [4; 6] ^B (p=0,07314)	1,3±2,1 0 [0; 3,3] (p=0,1207)
Психологический дискомфорт (вопросы 5 и 6)	2,7±1,4 3 [2; 3] ^a	1,8±0,9 2 [1; 2] ^A (p=0,008986)	0,9±1,3 0,5 [0; 1]	2,8±0,9 3 [2; 3,3] ^a	2,5±0,8 2 [2; 3] ^B (p=0,4537)	0,3±1,1 0 [-1; 1] (p=0,2237)
Физические ограничения (вопросы 7 и 8)	2,7±0,7 3 [2; 3] ^a	1,8±0,6 2 [1; 2] ^A (p=0,001855)	0,9±0,8 1 [0; 1,3]	2,8±1,1 2 [2; 3,3] ^a	2,1±0,7 2 [2; 2,3] ^A (p=0,03054)	0,7±0,8 0,5 [0; 1] (p=0,5442)
Психические ограничения (вопросы 9 и 10)	2,4±1,0 2 [1,8; 3] ^a	1,4±0,8 1 [1; 2] ^A (p=0,003641)	1,0±1,3 1 [0; 1,3]	2,8±0,9 2 [2; 3] ^a	2,3±0,9 3 [1,8; 3] ^B (p=0,03054)	0,4±0,9 0 [0; 1] (p=0,1675)
Социальные ограничения (вопросы 11 и 12)	1,0±0,7 1 [1; 1] ^a	0,6±0,5 1 [0; 1] ^A (p=0,04771)	0,4±0,8 0 [0; 0,3]	1,2±0,6 1 [1; 1,3] ^a	1,2±0,4 1 [1; 1] ^B (p=1,0)	0,0±0,6 0 [0; 0] (p=0,2083)
Инвалидизация (вопросы 13 и 14)	1,2±0,4 1 [1; 1] ^a	0,6±0,5 1 [0; 1] ^A (p=0,01922)	0,5±0,8 0 [0; 1]	1,1±0,5 1 [1; 1] ^a	1,0±0,4 1 [1; 1] ^B (p=1,0)	0,1±0,7 0 [0; 0] (p=0,07639)
Итого	17,2±5,4 15 [13; 20,3] ^a	10,7±2,7 11 [9; 13] ^A (p=0,0001404)	6,5±5,3 5 [3; 7,5]	18,1±4,9 17 [14; 21,5] ^a	15,2±1,9 15 [14; 16] ^B (p=0,02937)	2,9±4,2 2 [0; 4] (p=0,02094)

Примечание: в скобках приведена достоверность отличий внутри каждой группы после лечения по сравнению с изначальным показателем; а — достоверность отличий между группами до лечения; А, В — достоверность отличий между группами после лечения.

Note: In parentheses is the reliability of differences within each group after treatment compared to the initial score; a — reliability of differences between groups before treatment; A, B — reliability of differences between groups after treatment.

не случайным образом (критерием являлось согласие пациентов на работу с психологом), в начале исследования не было обнаружено достоверных различий между группами ни по одному из оцениваемых показателей.

После проведения лечения в группе с психологическим сопровождением отмечали достоверное снижение тревожности (среднего балла), в то время как в группе сравнения уровень тревожности оставался неизменным.

В обеих группах уровень качества жизни на всех этапах исследования можно охарактеризовать как удовлетворительный. Наибольший вклад в снижение качества жизни вносило наличие болевых ощущений, физических ограничений (связанных с определенными пищевыми ограничениями) и психологического дискомфорта. В обеих группах после проведения лечения отмечали достоверное улучшение качества жизни в целом. Однако в группе исследования достоверное улучшение было зафиксировано практически по всем подразделам, что, вероятно, связано не только с облегчением симптомов основного заболевания, но и с изменением отношения к нему в результате проведенной психологической коррекции. Этим же может объясняться более выраженное снижение интенсивности болевого синдрома по ВАШ в группе исследования, чем в группе сравнения.

Полученные нами данные о снижении качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, у пациентов с КПЛ и ХРАС соответствуют данным проведенных ранее исследований [13–17]. М.К. Al-Omiri и соавт. показали статистически значимое снижение качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, у пациентов с ХРАС в период обострений. Авторами также была выявлена корреляционная связь между снижением качества жизни и увеличением степени тревожности и депрессии [14].

Связь между психологическими факторами и развитием заболеваний СОР, по всей видимости, является двусторонней. С одной стороны, сильный стресс, тревожные расстройства и депрессия могут способствовать развитию заболеваний СОР. Так, S. Sen и соавт. показали, что стресс является возможным причинным фактором для развития КПЛ, особенно у женщин в период менопаузы [18]. Была выявлена корреляция между обострениями ХРАС и КПЛ и пережитым накануне стрессом [19]. Повышенная концентрация кортизола, обнаруживаемая в крови и моче пациентов с КПЛ и ХРАС, позволяет предположить, что стресс является своеобразным ко-фактором в этиологии данных заболеваний [20].

С другой стороны, у пациентов с хроническими заболеваниями СОР снижается качество жизни вследствие постоянного дискомфорта или болезненных ощущений, невозможности нормально питаться; на фоне длительно существующих патологических элементов может развиваться канцерофобия и другие тревожные расстройства. Так, B.G. Hampf и соавт. показали, что среди пациентов с КПЛ была достоверно выше частота различных психиатрических расстройств, чем в среднем

по популяции у пациентов того же пола и возраста [13]. Интересные данные были получены в исследовании M. Soto Araya и соавт., согласно которому для пациентов с КПЛ и ХРАС характерен высокий уровень стресса и тревожности, а для пациентов с синдромом «пылающего рта» — более высокий уровень депрессии и тревожности по сравнению с контрольными группами, аналогичными по полу и возрасту, без заболеваний СОР [15]. Аналогичные результаты были получены в исследовании C. Yang и соавт., которые сообщают об увеличении тяжести депрессии и тревожных расстройств и снижении качества жизни у пациентов, страдающих ХРАС, КПЛ и синдромом «пылающего рта» [21].

Таким образом, включение психотерапии в план комплексного лечения хронических заболеваний СОР может значительно повысить его эффективность [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение психологической коррекции в комплексный план лечения пациентов с хроническими заболеваниями СОР способствовало достоверному снижению уровня тревожности, более выраженному повышению стоматологического качества жизни и уменьшению выраженности болевого синдрома по сравнению с пациентами, которым психологическая коррекция не проводилась.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. За счёт личных средств авторов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Поддерживается «Проектом повышения конкурентоспособности ведущих российских университетов среди ведущих мировых научно-образовательных центров».

Вклад авторов. М.А. Кинкулькина — обследование и ведение пациентов на этапе психологического сопровождения, оценка результатов на этапе психологического сопровождения; М.В. Князева — концепция и дизайн исследования; Ю.О. Парамонов — сбор и обработка материалов; Я.В. Самохлеб — ведение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, анализ полученных данных, написание текста; И.А. Парамонова — ведение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта, сбор и обработка материалов; Г.Н. Шелеметьева — ведение пациентов с дисколоритом, проведение процедуры профессионального отбеливания. Все авторы внесли значимый вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию статьи до публикации.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. At the expense of the authors' personal funds.

Competing interests. The authors declare no conflict of interests. Supported by the "Project for Improving the Competitiveness of Leading Russian Universities Among the World's Leading Scientific and Educational Centers."

Authors' contribution. M.A. Kinkulkina — examination and management of patients at the stage of psychological support, assessment of results at the stage of psychological support; M.V. Knyazeva — concept and design of the study; Yu.O. Paramonov — collection and processing of materials; Ya.V. Samokhlib — management of patients with diseases of the temporomandibular joint, analysis of obtained data, writing

text; I.A. Paramonova — management of patients with diseases of the oral mucosa, collection and processing of materials; G.N. Shelemetyeva — management of patients with discoloration, carrying out professional whitening procedures. All authors made significant contributions to the research and preparation of the article, read and approved the final version of the article before publication.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гажва С.И., Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Распространённость стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 5-1. С. 41–44.
2. Гажва С.И., Дятел А.В., Худошин С.В. Структура стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 1097.
3. Харитоновна М.П., Халилаева Е.В., Юрьева Л.И. Особенности структуры заболеваемости слизистой оболочки полости рта у жителей Свердловской области // Маэстро стоматологии. 2012. № 2. С. 12–16.
4. Li C., Tang X., Zheng X., et al. Global prevalence and incidence estimates of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis // JAMA Dermatol. 2020. Vol. 156, N 2. P. 172–181. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3797
5. Jurge S., Kuffer R., Scully C., Porter S.R. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis // Oral Dis. 2006. Vol. 12, N 1. P. 1–21. doi: 10.1111/j.1601-0825.2005.01143.x
6. Cassol-Spanemberg J., Blanco-Carrión A., Rodríguez-de Rivera-Campillo M.E., et al. Cutaneous, genital and oral lichen planus: A descriptive study of 274 patients // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019. Vol. 24, N 1. P. e1–e7. doi: 10.4317/medoral.22656
7. Cerqueira J.D.M., Moura J.R., Arsati F., et al. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review // J Invest Clin Dent. 2018. Vol. 9, N 4. e12363. doi: 10.1111/jicd.12363
8. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, 2017.
9. Боечко Д.И., Приленский Б.Ю., Благинина Т.Ф., и др. Распространённость тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов поликлиник г. Тюмени // Медицинская наука и образование Урала. 2020. Т. 21, № 4. С. 59–61. doi: 10.36361/1814-8999-2020-21-4-59-61
10. Song X., Wu X., Wang C., Sun S., Zhang X. Case report: Treatment of oral lichen planus with a focus on psychological methods // Front Psychiatry. 2021. Vol. 12. 731093. doi: 10.3389/fpsy.2021.731093
11. Волков Е.А., Бутова В.Г., Позднякова Т.И., Дзугаева И.И. Клинические рекомендации (протокол лечения) хронический рециди-

вирующий афтозный стоматит // Российский стоматологический журнал. 2014. Т. 18, № 5. С. 35–49.

- 12. Олисова О.Ю., Чикин В.В., Минеева А.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем. Москва, 2015.
- 13. Hampf B.G., Malmström M.J., Aalberg V.A., Hannula J.A., Viskula J. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987. Vol. 63, N 4. P. 429–432. doi: 10.1016/0030-4220(87)90254-4
- 14. Al-Omiri M.K., Karasneh J., Alhijawi M.M., et al. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): a preliminary within-subject study of quality of life, oral health impacts and personality profiles // J Oral Pathol Med. 2015. Vol. 44, N 4. P. 278–283. doi: 10.1111/jop.12232
- 15. Soto Araya M., Rojas Alcayaga G., Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis // Med Oral. 2004. Vol. 9, N 1. P. 1–7.
- 16. Гажва С.И., Хахилева О.С., Горячева Т.П. Качество жизни пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки полости рта // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 7. С. 44–46. Режим доступа: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=5386>
- 17. Борисова Э.Г., Комова А.А., Никитина Е.А., Пендюрина М.К. Оценка качества жизни у пациентов с болевыми и парестетическими симптомами слизистой оболочки полости рта // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20, № 9. С. 57–61.
- 18. Sen S., Sen S., Dutta A., et al. Oral manifestation and its management in postmenopausal women: an integrated review // Prz Menopauzalny. 2020. Vol. 19, N 2. P. 101–103. doi: 10.5114/pm.2020.97867
- 19. Chiappelli F., Cajulis O.S. Psychobiologic views on stress-related oral ulcers // Quintessence Int. 2004. Vol. 35, N 3. P. 223–227.
- 20. Karthikeyan P., Aswath N. Stress as an etiologic co-factor in recurrent aphthous ulcers and oral lichen planus // J Oral Sci. 2016. Vol. 58, N 2. P. 237–240. doi: 10.2334/josnusd.15-0610
- 21. Yang C., Liu L., Shi H., Zhang Y. Psychological problems and quality of life of patients with oral mucosal diseases: a preliminary study in Chinese population // BMC Oral Health. 2018. Vol. 18, N 1. P. 226. doi: 10.1186/s12903-018-0696-y

REFERENCES

1. Gazhva SI, Stepanyan TB, Goryacheva TP. Prevalence of stomatologic diseases of the mucous membrane of the oral cavity and their diagnostics. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014;(5 Pt 1):41–44. (In Russ).
2. Gazhva SI, Dyatel AV, Khudoshin SV. Structure of the dental disease of the mucous membrane and of the red portion. *Modern Problems of Science and Education*. 2014;(6):1097. (In Russ).
3. Kharitonova MP, Khalilaeva EV, Yuryeva LI. Osobennosti struk-

tury zaboлеваemosti slizistoi obolochki polosti rta u zhitel'ei Sverdlovskoi oblasti. *Maestro stomatologii*. 2012;(2):12–16. (In Russ).

- 4. Li C, Tang X, Zheng X, et al. Global prevalence and incidence estimates of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2020;156(2):172–181. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3797
- 5. Jurge S, Kuffer R, Scully K, Porter SR. Mucosal disease series. Number VI. *Recurrent aphthous stomatitis*. 2006;12(1):1–21. doi: 10.1111/j.1601-0825.2005.01143.x

6. Cassol-Spanemberg J, Blanco-Carrión A, Rodríguez-de Rivera-Campillo ME, et al. Cutaneous, genital and oral lichen planus: A descriptive study of 274 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019;24(1):e1–e7. doi: 10.4317/medoral.22656
7. Cerqueira JDM, Mura JR, Arsati F, et al. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2018;9(4):e12363. doi: 10.1111/jicd.12363
8. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva; 2017.
9. Boechko DI, Prilenskiy BYu, Blaginina TF, et al. Relevance of anxiety-depressive disorders among patients of outpatient treatment review. *Medical Science and Education of Ural*. 2020;21(4):59–61. (In Russ). doi: 10.36361/1814-8999-2020-21-4-59-61
10. Song X, Wu X, Wang S, Song S, Zhang H. Case report: Treatment of oral lichen planus with a focus on psychological methods. *Front Psychiatry*. 2021;12:731093. doi: 10.3389/fpsyt.2021.731093
11. Volkov EA, Butova VG, Pozdnyakova TI, Dzugaeva II. Clinical recommendation (treatment protocol) chronic recurrent aphthous stomatitis. *Russian Journal of Dentistry*. 2014;18(5):35–49. (In Russ).
12. Olisova OYu, Chikin VV, Mineeva AA. *Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh krasnym ploskim lishaem*. Moscow; 2015. (In Russ).
13. Hampf BG, Malmström MJ, Aalberg VA, Hannula JA, Vikkula J. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(4):429–432. doi: 10.1016/0030-4220(87)90254-4
14. Al-Omiri MK, Karasneh J, Alhijawi MM, et al. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): a preliminary within-subject study of quality of life, oral health impacts and personality profiles. *J Oral Pathol Med*. 2015;44(4):278–283. doi: 10.1111/jop.12232
15. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral*. 2004;9(1):1–7.
16. Gazhva SI, Chachileva OS, Goryacheva TP. The quality of life of patients with erosive ulcerous diseases of mucous membrane of oral cavity. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014;(7):44–46. Available from: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=5386> (In Russ).
17. Borisova EG, Komova AA, Nikitina EA, Pendyurina MK. Assessment of the quality of life in patients with pain symptoms and parasthetic oral mucosa. *Health and Education Millennium*. 2018;20(9):57–61. (In Russ).
18. Sen S, Sen S, Datta A, et al. Oral manifestation and its management in postmenopausal women: an integrated review. *Prz Menopauzalny*. 2020;19(2):101–103. doi: 10.5114/pm.2020.97867
19. Chiappelli F, Cajulis OS. Psychobiologic views on stress-related oral ulcers. *Quintessence Int*. 2004;35(3):223–227.
20. Karthikeyan P, Aswath N. Stress as an etiologic co-factor in recurrent aphthous ulcers and oral lichen planus. *J Oral Sci*. 2016;58(2):237–240. doi: 10.2334/josnurd.15-0610
21. Yang C, Liu L, Shi H, Zhang Y. Psychological problems and quality of life of patients with oral mucosal diseases: a preliminary study in Chinese population. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):226. doi: 10.1186/s12903-018-0696-y

ОБ АВТОРАХ

* **Парамонов Юрий Олегович**, канд. мед. наук, доцент кафедры; адрес: Российская Федерация, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8/2; ORCID: 0000-0003-1505-4901; eLibrary SPIN: 4648-1011; e-mail: paramonovy@mail.ru

Кинкулькина Марина Аркадьевна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой, член-корреспондент РАН; ORCID: 0000-0001-8386-758X; eLibrary SPIN: 9040-4108; e-mail: kinkulkina_m_a@staff.sechenov.ru

Князева Марина Витальевна, аспирант; ORCID: 0009-0002-4760-4867; e-mail: knyazeva_m_v@staff.sechenov.ru

Самохлиб Яна Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры; ORCID: 0000-0001-5330-5092; eLibrary SPIN: 2651-3098; e-mail: samokhlib_ya_v@staff.sechenov.ru

Парамонова Ирина Андреевна, соискатель; ORCID: 0000-0002-0840-1277; e-mail: irinasp00@mail.ru

Шелеметьева Галина Николаевна; ORCID: 0000-0003-2746-2443; e-mail: dantist028dv@gmail.com

AUTHORS' INFO

* **Yuri O. Paramonov**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; address: 8/2 Trubetskaya street, 119991 Moscow, Russian Federation; ORCID: 0000-0003-1505-4901; eLibrary SPIN: 4648-1011; e-mail: paramonovy@mail.ru

Marina A. Kinkulkina, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department; ORCID: 0000-0001-8386-758X; eLibrary SPIN: 9040-4108; e-mail: kinkulkina_m_a@staff.sechenov.ru

Marina V. Knyazeva, Postgraduate Student; ORCID: 0009-0002-4760-4867; e-mail: knyazeva_m_v@staff.sechenov.ru

Yana V. Samokhlib, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: 0000-0001-5330-5092; eLibrary SPIN: 2651-3098; e-mail: samokhlib_ya_v@staff.sechenov.ru

Irina A. Paramonova, Applicant; ORCID: 0000-0002-0840-1277; e-mail: irinasp00@mail.ru

Galina N. Shelemetyeva; ORCID: 0000-0003-2746-2443; e-mail: dantist028dv@gmail.com

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author