

УДК 616.314-76/-77:615.462]-06:616.314-009.7-07
DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2025.2.19>

Є.С. Якіменко,

аспірант кафедри ортодонції, ортопедичної
та хірургічної стоматології,
Харківський національний медичний університет,
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,
ysyakimenko.po24@knmu.edu.ua

Е.Д. Діасамідзе,

кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри ортодонції, ортопедичної
та хірургічної стоматології,
Харківський національний медичний університет,
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,
ed.diasamidze@knmu.edu.ua

КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТИЧНОГО СТАТУСУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПЕЧІННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Мета справжнього дослідження полягала у покращенні адаптації пацієнтів до знімних пластинкових зубних протезів шляхом виявлення клінічних, психологічних та біохімічних чинників, що впливають на розвиток синдрому печіння в порожнині рота (СПРП), та оптимізації диференційної діагностики і тактики лікування таких пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 150 пацієнтів, які мали скарги на печіння в порожнині рота після протезування знімними пластинковими протезами. Усі пацієнти після обстеження були розподілені на дві групи: I група ($n = 103$) – пацієнти з ознаками СПРП без супутніх системних розладів, II група ($n = 47$) – пацієнти зі скаргами на печіння в поєднанні з вираженими психоемоційними та соматичними порушеннями. Оцінювалися клінічні прояви, гігієнічний стан протезів, наявність травмуючих факторів, проводились психологічні тести: шкала депресії Бека, опитувальник Спілбергера-Ханіна, Торонтська алекситимічна шкала. Визначали рівень кортизолу в слині як маркер стресової реакції.

Результати дослідження. У пацієнтів II групи виявлено достовірно вищі показники депресії ($30,2 \pm 1,18$ балів), особистісної ($59,1 \pm 1,23$) та ситуативної тривожності ($46,2 \pm 1,17$), а також виражену алекситимію ($72,4 \pm 1,17$), порівняно з I групою ($17,1 \pm 0,74$; $33,2 \pm 0,78$; $30,6 \pm 0,74$; $51,8 \pm 0,71$ відповідно). Середній рівень кортизолу в слині у пацієнтів II групи становив $6,84 \pm 0,19$ нг/мл, що перевищує референтні значення, тоді як у I групі – $4,23 \pm 0,11$ нг/мл (у межах норми). Виявлено чітку залежність між рівнем кортизолу, інтенсивністю психологічних проявів та тяжкістю перебігу СПРП. Частими супут-

німи причинами були захворювання серцево-судинної системи, патологія ШКТ, неврологічні порушення та клімактеричні зміни.

Висновки. Синдром печіння в порожнині рота у пацієнтів зі знімними пластинковими протезами має мультифакторну природу, де провідну роль відіграють психоемоційні чинники та порушення адаптації. Застосування комплексної діагностики, що включає психодіагностичні тести та біохімічні маркери стресу, дозволяє своєчасно виявити пацієнтів групи ризику та оптимізувати терапевтичну стратегію.

Ключові слова: знімні пластинкові зубні протези, адаптація, синдром печіння в порожнині рота, диференційна діагностика, психодіагностичні тести.

Y.S. Yakymenko,

PhD student,
Department of Orthodontics, Prosthetic and Surgical
Dentistry,
Kharkiv National Medical University,
4 Nauky Avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,
ysyakimenko.po24@knmu.edu.ua

E.D. Diasamidze,

PhD in Medicine, Associate Professor,
Head of the Department of Orthodontics, Prosthetic
and Surgical Dentistry,
Kharkiv National Medical University,
4 Nauky Avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,
ed.diasamidze@knmu.edu.ua

COMPREHENSIVE STUDY OF THE SOMATIC STATUS AND PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME DURING TREATMENT WITH REMOVABLE DENTURE PROSTHESES

The aim of this study was to improve adaptation to removable denture prostheses by identifying clinical, psychological, and biochemical factors associated with the development of burning mouth syndrome (BMS) and by optimizing the differential diagnosis and management strategies for affected patients.

Materials and methods. A total of 150 patients with complaints of oral burning sensations following the placement of removable dentures were examined. All patients were divided into two groups: Group I ($n = 103$) included individuals with signs of BMS without systemic disorders, while Group II ($n = 47$) consisted of patients with oral burning symptoms combined with pronounced psychoemotional and somatic disorders. Clinical evaluation included assessment of prosthetic hygiene, identification of traumatic factors, and administration of psychodiagnostic tests: Beck Depression Inventory, Spielberger-Hanin anxiety questionnaire, and Toronto Alexithymia Scale. Salivary cortisol levels were measured as a biomarker of stress response.

Results. Patients in Group II demonstrated significantly higher scores in depression (30.2 ± 1.18), trait anxiety (59.1 ± 1.23), state anxiety (46.2 ± 1.17),

and alexithymia (72.4 ± 1.17) compared to Group I (17.1 ± 0.74 ; 33.2 ± 0.78 ; 30.6 ± 0.74 ; 51.8 ± 0.71 , respectively). The mean salivary cortisol level in Group II was 6.84 ± 0.19 ng/ml, exceeding the reference range, whereas Group I demonstrated levels within normal limits (4.23 ± 0.11 ng/ml). A direct correlation was observed between cortisol concentration, severity of psychological symptoms, and clinical manifestations of BMS. Common comorbidities included cardiovascular diseases, gastrointestinal disorders, neurological pathology, and climacteric disturbances.

Conclusions. Burning mouth syndrome in patients with removable dentures is multifactorial in origin, with psychoemotional factors and impaired adaptation playing a leading role. A comprehensive diagnostic approach, incorporating psychological testing and salivary biomarkers of stress, facilitates timely identification of high-risk patients and the implementation of effective treatment strategies.

Key words: removable denture prostheses, adaptation, burning mouth syndrome, differential diagnosis, psychodiagnostic tests.

Постановка проблеми. Процес адаптації до знімного зубного протезу може супроводжуватися появою різного характеру болю, порушеннями чутливості та різноманітними парестезіями (печіння, свербіж, повзання мурашок, оніміння, поколювання, пощипування) [1].

Синдром печіння ротової порожнини (СПРП) – це хронічний больовий стан, який характеризується відчуттям печії, поколювання або дискомфорту слизової оболонки рота за відсутності видимих морфологічних змін. Етіологія СПРП є мультифакторною та включає нейропатичні механізми (зокрема зниження щільності нервових волокон) та психогенні чинники, такі як тривога, депресія і порушення сну [2, 3, 4, 5].

Відомо, що носіння знімних зубних протезів є одним із локальних факторів, що сприяють виникненню печії в порожнині рота. У пацієнтів із повними або частковими знімними протезами спостерігаються такі порушення, як недостатня фіксація протеза, порушення співвідношення щелеп, зниження слиновиділення, кандидозні ураження та алергічні реакції на матеріали протезів, які можуть провокувати симптоми, подібні до СПРП [6, 7, 8].

Зокрема, дослідження, проведене у 2017 році, показало, що у 58 % пацієнтів із симптомами печіння були виявлені проблеми з фіксацією протеза або неправильним прикусом, а також наявність сухості порожнини рота та кандидозних уражень [8]. Аналогічно, у 2022 році бразильські вчені виявили, що 54 % пацієнтів із СПРП, які користуються знімними протезами, відзначали

ксеростомію, а 59 % мали позитивний тест на кандидоз [7].

Попри наявність окремих даних щодо соматичних або психоемоційних чинників СПРП, нині бракує досліджень, які б комплексно вивчали соматичний статус і психоемоційний стан у пацієнтів, що перенесли ортопедичне лікування знімними пластинковими зубними протезами та надалі скаржаться на печіння в порожнині рота. Хоча деякі наукові роботи досліджують електрофізіологічні зміни після вставлення протезів (наприклад, активність м'язів навколо рота або сенсорні порогові) [2], вони рідко поєднуються з оцінкою психосоціального стану пацієнтів, що формує прогалину у розумінні патогенезу СПРП у цієї категорії хворих. Ба більше, у фаховій літературі дуже мало уваги приділено диференційній діагностиці парестезії слизової оболонки порожнини рота при частковій та повній адентії, адже у всіх випадках основною скаргою хворих є печіння та біль.

Таким чином, актуальною є вивчення патогенетичних механізмів розвитку парестезії слизової оболонки порожнини рота при частковій та повній адентії і розробка методів диференціальної діагностики і терапії хворих з цією патологією.

Метою цього дослідження було комплексне вивчення диференційно-діагностичних ознак порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинковими протезами, що пов'язані з парестезією протезного поля, із застосуванням комплексу клініко-лабораторних, психодіагностичних та психометричних тестів.

Відповідно до поставленої мети були сформульовані такі **завдання**:

- провести диференціальну діагностику прояв та причин, що впливають на терміни адаптації до знімних пластинкових протезів, при вивченні явища непереносимості знімних пластинкових протезів, пов'язаних із синдромом печіння в порожнині рота;

- вивчити інформативність психодіагностичних тестів для з'ясування причин порушення адаптації до знімних пластинкових протезів, пов'язаних із СПРП.

Матеріали та методи дослідження. У клінічних умовах нами було обстежено 150 пацієнтів, що звернулись на кафедру ортопедичної стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти та кафедру ортодонції, ортопедичної та хірургічної стоматології Харківського

національного медичного університету у період з 2015–2025 рр., та із стоматологічних закладів міста Харкова та Харківської області. Вік обстежених осіб становив від 44 до 75 років.

Гендерний розподіл пацієнтів: 92 жінки, або 61,3%, 58 чоловіків, або 38,7%.

Основними критеріями включення пацієнтів були:

- заміщення часткових чи повних дефектів зубних рядів знімними пластинковими зубними протезами;
- стійкі порушення адаптації до знімних пластинкових протезів, що не піддаються корекції;
- порушення адаптації у повторно протезованих пацієнтів;
- біль та парестезія слизової оболонки протезного поля, а саме: під базисом протезів, кінчика, бічної поверхні, спинки або всієї поверхні язика, твердого піднебіння, щік, губ, тощо;
- усі пацієнти пов'язували появу чи посилення симптомів з попереднім протезуванням.

Критерії виключення:

- при відборі виключали пацієнтів, які на момент обстеження мали загострення або наявність значимих клінічних проявів соматичної патології;

- психічні захворювання в анамнезі;
- пацієнти, що страждають на алкоголізм та наркозалежність.

З кожного пацієнта ми отримали письмову згоду на багаторазове і тривале обстеження, після чого було проведено повне обстеження.

Вважаємо, що СПРП є діагнозом виключення. Тому виникає потреба проведення диференціальної діагностики та встановлення причин, що викликали розвиток болю та парестезії.

Усім пацієнтам був застосований широкий комплекс сучасних клініко-лабораторних та психодіагностичних методів дослідження. Саме дослідження включало декілька етапів:

1-й етап – деталізація та аналіз скарг. Збір анамнезу життя та захворювання для вивчення характеру та часу виникнення болю, інтенсивність його наростання, визначення взаємозв'язку з загостренням загальносоматичних захворювань, сухість та неприємний присмак, чи пацієнт приймає антибіотики, кортикостероїди, імуносупресанти тощо.

У анамнез захворювання включали опис усіх попередніх методів лікування. Уточнювали характер виникнення болю: раптовий, такий, що виникає поступово з відчуття незручності в суглобі, розлитий з подальшою локалізацією в певній



Рис. 1. Гендерний розподіл пацієнтів

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і статтю

Стать	Вік				Усього
	40-60		60-75		
	абс	%	абс	%	
Жінки	30	58,8	62	66,7	92
Чоловіки	21	41,2	37	37,3	58
Усього	51	100	99	100	150

точці (точковий, розлитий, іррадіюючий). Під час обстеження зверталася увага на наявність тригерних точок (куркових зон). З'ясовували характер печіння («пече», «саднить», «горить») і локалізацію.

Під час обстеження проводили диференційну діагностику, щоб виключити невралгію трійчастого нерва, дентальну плексальгію, пульпіт, періодонтит, міозит, отит, захворювання СНЩС.

2-й етап – ретельний об'єктивний огляд органів і тканин ротової порожнини з метою диференціальної діагностики для виявлення морфологічних змін слизової оболонки ротової порожнини та протезного ложа.

Дефекти зубних рядів оцінювали за класифікацією Кеннеді. Залежно від ступеня атрофії альвеолярних відростків типи верхніх беззубих щелеп класифікували за Шредером, а нижніх беззубих щелеп за Келлером.

Слизову оболонку протезних лож класифікували за Суппле.

3-й етап – пальпація точок виходу трійчастого нерва по лінії Гіртля та проведення методу ішемічної компресії для виявлення тригерних точок (ТТ).

4-й етап – проведення тензоалгологічного дослідження (вимірювання порогів больової чутливості методом механічної стимуляції) із застосуванням естезіометрії для визначення чутливості різних ділянок порожнини рота та обличчя до тиску.

На графічному зображенні органів порожнини рота та обличчя наочно фіксували кількість ділянок, охоплених парестезетичними та больовими відчуттями, та їхню інтенсивність.

5-й етап – візуальний внутрішньоротовий огляд та експертна оцінка якості наявних знімних протезів та їхнього гігієнічного стану. Звертали увагу на правильність конструкції та технічне виготовлення протезів.

6-й етап – ретельний аналіз супутніх загальносоматичних захворювань для оцінки структури фонових захворювань, щоб виокремити домінуючу соматичну патологію при парестезії слизової оболонки ротової порожнини та зміни її перебігу у зв'язку з протезуванням знімними пластинковими протезами для визначення кореляції отриманих даних.

Збір і аналіз інформації проводили також шляхом опрацювання консультативних висновків, первинної медичної документації, що містила відомості про стан соматичного та стоматологічного здоров'я пацієнтів.

7-й етап – для визначення характеру звикання пацієнтів до знімних протезів і подальшої оцінки ролі психоемоційних чинників у генезі СПРП ми застосовували комплекс психодіагностичних тестів, які можна використовувати у амбулаторних умовах, бо вони не вимагають великих витрат часу, мають високу достовірність і простоту обробки результатів, а інтерпретація отриманих результатів не вимагає тривалої кваліфікованої підготовки, а саме:

- опитувальник Спілбергера – Ханіна;
- колірний тест М. Люшера;
- особистісний опитувальник Г. Айзенка;
- торонтська олекситимічна шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20);
- рівень депресії оцінювався за допомогою шкали самооцінки депресії А.Р. Бека;
- візуальну аналогову шкалу ВАШ (VAS);

8-й етап – для оцінки якості життя пацієнтів проводили психометричні дослідження неспецифічним 36-пунктовим коротким опитувальником здоров'я The Short Form – 36 (SF-36), що набув широкого розповсюдження для багатовимірних аспектів здоров'я з погляду самого пацієнта.

9-й етап – рентгенографія та томографія для обстеження кісткової тканини протезного ложа.

10-й етап – аналіз вмісту кортизолу в ротовій рідині як маркера стресу.

Вибір саме цих показників обумовлений їхньою чутливістю до змін психоемоційного стану та їхньою роллю у забезпеченні гомеостазу ротової порожнини.

11-й етап – вивчення зміни мікроциркуляції крові в слизовій оболонці ротової порожнини та язика за даними методу лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ).

Результати та їх обговорення. На початковому етапі дослідження було проаналізовано групи чинників, а саме: місцеві, системні та психологічні, які є етіопатогенетичними ланками виникнення та розвитку СПРП.

Вивчення отриманих результатів дослідження проводилося відповідно до кожного пункту та етапу комплексного обстеження із застосуванням основних і додаткових методів дослідження, спрямованих на виявлення диференційно-діагностичних та етіопатогенетичних відмінностей у схожих клінічних ситуаціях, що проявляються СПРП. Також додатковий ретроспективний аналіз первинної медичної документації надав нам змогу підтвердити вплив саме місцевих та системних чинників на порушення процесу адаптації та відмови від користування знімними пластинко-

вими зубними протезами, що пов'язані з парестезією протезного поля, у 103 пацієнтів, або 68,7% обстежених пацієнтів, які склали **I групу**.

У пацієнтів I групи ми спостерігали:

- алергічну реакцію на будь-який базисний матеріал, як одну з причин порушення адаптації до знімних протезів, що виражає СПРП, діагностовано у 14 осіб;

- у 6 осіб діагностовано гальванізм;

- у 13 осіб було виявлено поганий догляд за протезами;

- больову реакцію на протез, яка може бути як відповідна реакція організму на неякісний протез, що спричинила гостру або хронічну механічну травму, виявлено у 12 осіб;

- експертна оцінка знімних пластинкових протезів (ЗПП) дала змогу виявити помилки у виготовленні протезів на клінічних і лабораторних етапах у 5 випадках;

- у 10 пацієнтів під час огляду були виявлені гострі краї зубів і пломб. Кінчик і спинка язика перебували в постійному контакті з ними та травмувалися, що стало одним із провокувальних чинників у механізмі розвитку СПРП. Після усунення цих причин больові та парестезичні симптоми зникли.

- у 17 пацієнтів в анамнезі виявили оперативні втручання на щелепах: післяекстракційні ускладнення;

- скарги на біль та печіння: кінчика, бічної поверхні, спинки або всієї поверхні язика, твердого піднебіння, щік, губ, усієї слизової оболонки ротової порожнини, глотки (табл. 2).

Усі пацієнти пов'язували появу або посилення симптомів з останнім протезуванням.

- у 26 обстежених хворих СПРП було виявлено на тлі супутньої соматичної патології, а саме: захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічні гастрити, хронічні коліти, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки), захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна

хвороба та ішемічна хвороба серця), захворювання ендокринної системи, в усіх пацієнтів спостерігалася поліморбідність, що ускладнювала перебіг основного захворювання;

- аналіз супутньої патології показав, що найчастіше у пацієнтів I групи зустрічаються захворювання серцево-судинної системи – 10 (38,5%), захворювання шлунково-кишкового тракту – 7 (26,9%), в 5 (19,2%) випадках було зафіксовано патологію нервової системи. Клімактеричні розлади після обстеження в ендокринолога і гінеколога, підтвердилися у 4 (15,4%) хворих на СПРП;

- за даними лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ) у пацієнтів першої групи отримані результати свідчили про значне зниження перфузії тканинного кровотоку, яка в середньому становила $14,66 \pm 1,26$ перф. од ($p < 0,05$), розкид показань реєструвався від $11,43 \pm 0,98$ перф. од. до $17,88 \pm 1,43$ перф. од. ($p < 0,05$). (Таблиця 3).

II групу склали 47 пацієнтів, або 31,3% обстежених, у яких ми змогли підтвердити вплив саме психологічних чинників порушення процесу адаптації до ЗНПП пов'язаних з парестезією протезного поля.

Невідповідність об'єктивних проявів і скарг, які пред'являються деякими пацієнтами, неадекватність претензій до якості протезів, неадекватність вимог і поведінки пацієнтів нерідко створюють нездоланні труднощі для лікаря та слугують джерелом конфліктів (правило трьох Н).

У цих пацієнтів проведене ортопедичне лікування не було безпосередньою причиною розвитку СПРП, і скарги на СПРП об'єктивно не підтвердилися, ні аналізом анамнезу захворювання та вивченням медичної документації, ні клінічними й лабораторними методами обстеження, у них були відсутні ознаки непереносимості на будь-який базисний матеріал та патологічні зміни, але у них:

- за даними ЛДФ рівень тканинного кровотоку був у нормі та в середньому склав

Таблиця 2

Локалізація парестезії у обстежених пацієнтів

Локалізація	Кількість	%
Кінчик язика	54	52,4%
Спинка язика	14	13,6%
Бічні поверхні язика	9	8,7%
На обох губах	6	5,8%
Ізольовано на нижній губі	7	6,8%
На піднебінні	8	7,8%
На горлі	5	4,9%
Всього	103	100%

Таблиця 3

Результати досліджуваних параметрів ЛДФ, (M±m)

Групи	Максимальний показник	Мінімальний показник	Середній показник
I	17,88 ± 1,43	11, 43 ± 0,98	14,66 ± 1,26
II	27,04 ± 1,65	21,53 ± 3,01	25,14 ± 1,21

25,14 ± 1,21 перф. од., при цьому розкид показань реєструвався від 21,53 ± 3,01 перф. од. до 27,04 ± 1,65 перф. од. (табл. 3).

– пацієнти другої групи також скаржилися на біль та печіння, але без видимих патологічних змін у ротовій порожнині. Отже, зонами локалізації болю при синдромі печіння порожнини рота були здебільшого язик, губи та піднебіння. Крім того, відзначено наявність поєднання з парестезіями поза порожниною рота: на шкірі обличчя і голови та у віддалених від голови ділянках (шкіра живота, кінцівок). Вони мали розлитий характер, рідко були симетричними і не відповідали зонам іннервації соматичних нервів.

У всіх пацієнтів другої групи, які страждають на СПРП, спостерігався несприятливий нервово-психічний стан, а саме:

– середній показник за опитувальником депресії Бека становив 30,2±1,18 балів;

– психологічне обстеження із застосуванням опитувальника Спілбергера-Ханіна засвідчило середній показник 59,1±1,23 балів для особистісної тривожності та 46,2±1,17 балів для ситуативної;

– у пацієнтів виявлено високий рівень алекситимії за Торонтською алекситимічною шкалою (72,4±1,5 балів), що зумовлює їхню схильність до психосоматичних розладів.

Для оцінки ролі психологічних маркерів у розвитку синдрому печіння порожнини рота проведено порівняння рівнів депресії, тривоги та алекситимії у пацієнтів першої та другої групи. (табл. 4).

Проведений порівняльний аналіз дав змогу показати, що афективна складова больового синдрому в пацієнтів другої групи із СПРП була значно вираженішою, ніж у пацієнтів першої групи.

Результати психоемоційного обстеження пацієнтів двох клінічних груп демонстрували наступне:

– у пацієнтів першої групи (n = 103) середній бал за шкалою депресії Бека становив 17,1 ± 0,74, що відповідає легкому рівню депресивної симптоматики. У другій групі (n = 47) цей показник був достовірно вищим – 30,2 ± 1,18, що відповідає важкій депресії. Виявлена різниця між групами була статистично значущою (p<0,001);

– за шкалою Спілбергера-Ханіна рівень особистісної тривожності у першій групі становив 33,2 ± 0,78 бала, що відповідає помірному рівню, тоді як у другій групі – 59,1 ± 1,23 бала, що свідчить про високий рівень особистісної тривожності. Різниця також була статистично достовірною (p<0,001);

– аналогічна тенденція спостерігалась і щодо ситуативної тривожності: у першій групі – 30,6 ± 0,74 бала, що відповідає нижній межі помірного рівня, у другій – 46,2 ± 1,17 бала, що відображає високий рівень ситуативної тривожності. Відмінність між групами виявилася статистично значущою (p<0,001);

– середній показник за Торонтською алекситимічною шкалою у першій групі становив 51,8 ± 0,71 балів. У другій групі цей показник був достовірно вищим – 72,4 ± 1,17 балів, що свідчить про клінічно виражену алекситимію (p<0,001).

Пацієнти першої групи переважно оцінювали інтенсивність болю за ВАШ в 2–4 бали, що відповідає середній або помірній вираженості больового синдрому, водночас пацієнти другої групи оцінювали інтенсивність болю в 4–6 балів, що відповідає дуже сильній вираженості больового синдрому, та прямо пов'язане з такими психо-

Таблиця 4

Достовірність відмінностей показників шкал: тривоги Спілбергера-Ханіна, алекситимії та депресії Бека у пацієнтів I та II груп, (M±m)

Групи	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Алекситимія	Депресія
I група	33,2±0,78	30,6±0,74	51,8±0,71	17,1±0,74
II група	59,1±1,23	46,2±1,17	72,4±1,5	30,2±1,18

Примітка: статистично значуща різниця досліджуваних показників становила p<0,001.

логічними особливостями пацієнтів, як тривожність, депресія, алекситимія.

Для визначення рівня кортизолу в ротовій рідині використовували метод твердофазного імуноферментного аналізу з використанням набору реагентів фірми Bio Vendor (Чехія).

Визначення рівня кортизолу у ротовій рідині є зручним методом для оцінки рівня цього гормону в організмі, особливо для вивчення стресових реакцій. Аналіз кортизолу у слині є хорошим маркером гострої реакції на стрес. Референтні значення вмісту кортизолу у ротовій рідині знаходяться в межах 0,2–4,4 нг/мл.

У пацієнтів першої групи середній рівень кортизолу в слині становив $4,23 \pm 0,11$ нг/мл, що відповідає фізіологічній нормі. Натомість у другій групі значення цього показника було достовірно вищим – $6,84 \pm 0,19$ нг/мл, що перевищує референтний діапазон та свідчить про посилену активацію нейроендокринної відповіді на стрес. Виявлена міжгрупово різниця є статистично значущою ($p < 0,001$).

Висновки. Після комплексного дослідження, вплив саме місцевих та системних чинників на порушення процесу адаптації, що пов'язані з парестезією протезного поля, був підтверджений у 103 пацієнтів, або 68,7% обстежених пацієнтів.

У 47 пацієнтів, або 31,3% обстежених, ми змогли підтвердити вплив саме психологічних чинників порушення процесу адаптації пов'язаних з парестезією протезного поля.

Синдром печіння порожнини рота є діагнозом виключення.

Усі відомі клініко-лабораторні методи візуалізації та дослідження не завжди виявляють патології, яка може бути безпосередньо пов'язана з наявними симптомами СПРП

Проведений порівняльний аналіз отриманих результатів комплексного дослідження дав змогу показати, що афективна складова больового синдрому в пацієнтів другої групи із синдромом печіння в порожнині рота була більш вираженою, ніж у пацієнтів першої групи.

Таким чином, отримані дані нейропсихологічних досліджень можна розцінювати як підтвердження концепції, що розглядає синдром печіння в ротовій порожнині психосоматичним розладом, у генезі якого провідна роль належить соматизації афекту – тобто коли процес емоційного напруження або стресу перетворюються на фізичні симптоми та проявляються у вигляді

тілесного відчуття болю, дискомфорту у різних частинах тіла, або в інших фізичних проявах, які не мають органічної причини, а не у вигляді усвідомлених емоцій.

Література:

1. Діасамідзе Е. Д., Ахмад М. С. Діагностика та корекція мікроциркуляторних порушень у тканинах пародонта в пацієнтів із супутніми захворюваннями в разі протезування знімними зубними протезами. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2017. Т. 3. С. 43–46.
2. Changes in the vibration sensitivity and pressure pain thresholds in patients with burning mouth syndrome / B. d. S. Moura та ін. *Plos one*. 2018. Т. 13, № 5. С. e0197834. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197834>.
3. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome / H. S. Yoo та ін. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018. Т. 47, № 3. С. 374–378. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.09.012>.
4. Anxiety and depression scores in patients with burning mouth syndrome / M. Sikora та ін. *Psychiatria danubina*. 2018. Т. 30, № 4. С. 466–470. URL: <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.466>.
5. Lee Y.-H., Chon S. Burning mouth syndrome in postmenopausal women with self-reported sleep problems. *Cranio®*. 2018. Т. 38, № 4. С. 221–232. URL: <https://doi.org/10.1080/08869634.2018.1512549>.
6. Akçiçek G., Akkaya N., Boyacıoğlu Doğru H. Removable denture-related oral mucosal lesions: descriptive clinical study. *Acta odontologica turcica*. 2016. URL: <https://doi.org/10.17214/gaziaot.267234>.
7. A systematic review of denture stomatitis: predisposing factors, clinical features, etiology, and global candida spp. distribution / M. Perić та ін. *Journal of fungi*. 2024. Т. 10, № 5. С. 328. URL: <https://doi.org/10.3390/jof10050328>.
8. Mukatash-Nimri G.E., Al-Nimri M.A., Al-Jadeed O.G., Al-Zobe Z.R., Aburumman K.K., Masarwa N.A. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome // *Saudi Dental Journal*. – 2017. – Vol. 29, № 1. – P. 24–28. URL: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2016.10.002>.

References:

1. Diasamidze, E. D., & Akhmad, M. S. (2017). Diagnostyka ta korektsiia mikrotsyrkuliatornykh porushen u tkanynakh parodonta v patsientiv iz suputnimy zakhvoriuvanniamy v razi protezuvannia znimnymy zubnymy protezamy. Problemy bezperervnoi medychnoi osvity ta nauky, 3, 43–46.
2. Moura, B. d. S., Ferreira, N. d. R., DosSantos, M. F., & Janini, M. E. R. (2018). Changes in the vibration sensitivity and pressure pain thresholds in patients with burning mouth

syndrome. *Plos One*, 13(5), Statia e0197834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197834>.

3. Yoo, H. S., Jin, S. H., Lee, Y. J., Song, C. M., Ji, Y. B., & Tae, K. (2018). The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 47(3), 374–378. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.09.012>.

4. Sikora, M., Verzak, Z., Matijevic, M., Vcev, A., Siber, S., Music, L., & Carek, A. (2018). Anxiety and depression scores in patients with burning mouth syndrome. *Psychiatria danubina*, 30(4), 466–470. <https://doi.org/10.24869/ps.yd.2018.466>.

5. Lee, Y.-H., & Chon, S. (2018). Burning mouth syndrome in postmenopausal women with self-reported sleep problems. *Cranio®*, 38(4), 221–232. <https://doi.org/10.1080/08869634.2018.1512549>.

6. Akçiçek, G., Akkaya, N., & Boyacıoğlu Doğru, H. (2016). Removable denture-related oral mucosal lesions: Descriptive clinical study. *Acta odontologica turcica*. <https://doi.org/10.17214/gaziaot.267234>.

7. Perić, M., Miličić, B., Kuzmanović Pfićer, J., Živković, R., & Arsić Arsenijević, V. (2024). A systematic review of denture stomatitis: Predisposing factors, clinical features, etiology, and global candida spp. distribution. *Journal of Fungi*, 10(5), 328. <https://doi.org/10.3390/jof10050328>.

8. Mukatash-Nimri, G. E., Al-Nimri, M. A., Al-Jadeed, O. G., Al-Zobe, Z. R., Aburumman, K. K., & Masarwa, N. A. (2017). General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome. *Saudi Dental Journal*, 29(1), 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2016.10.002>.