

**Боян Аркадій Максимович**,  
кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри стоматології,  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
[dr.amboyan@gmail.com](mailto:dr.amboyan@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0009-9066-4495>  
м. Харків, Україна

**Бреславець Наталія Миколаївна**,  
кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри стоматології,  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
[breslavets\\_n@ukr.net](mailto:breslavets_n@ukr.net)  
<https://orcid.org/0000-0001-8220-2711>  
м. Харків, Україна

## Доцільність анкетування на етапі діагностики та взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям ознак скронево-нижньощелепної дисфункції і підтвердженням діагнозом

**Вступ.** Скронево-нижньощелепна дисфункція (СНЩД) характеризується розширеним симптомокомплексом клінічних проявів, та займає друге місце серед найпоширеніших хронічних больових станів у світі вражаючи до 75% дорослого населення. Ефективність лікування даного стану прямо пропорційна до ранньої діагностики розширеного клінічного симптомокомплексу і має бути спрямована на оцінку симптомів, ще до проведення додаткових досліджень. **Мета роботи** – дослідити ефективність проведення профільного анкетування на етапі ранньої діагностики дисфункціонального стану СНЩС, та визначити взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак СНЩД і підтвердженням діагнозом. **Методи дослідження.** 168 пацієнтів віком від 22 до 68 років прийняли участь у профільному анкетуванні, після чого було проведено ретельне клінічне обстеження зубо-щелепної системи, СНЩС, жувальних м'язів та оклюзійно-артикуляційного співвідношення. За необхідності підтвердження діагнозу СНЩД, додатково призначали електроміографічне дослідження, УЗД, а також МРТ обох СНЩС. За допомогою статистичного аналізу результатів анкетування нами був визначений взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак СНЩД і підтвердженням діагнозом. **Результати та обговорення.** За результатами анкетування пацієнти найбільше відмітили втомлюваність та біль в жувальних м'язах, особливо під час їди. Даний симптом, а також частий головний біль, або біль в ділянці СНЩС, пацієнти найчастіше пов'язували із запаленням привушної ділянки, і не відносили до стоматологічної патології. Згідно результатів електроміографічного дослідження було відзначено напруження жувальних м'язів різного ступеня важкості. Після ретельного обстеження 32 пацієнти були скеровані на додаткове дослідження – УЗД та МРТ. **Висновки.** За результатами нашого дослідження, після клінічного підтвердження або встановлення діагнозу СНЩД і кореляції даних отриманих після основного та додаткового обстеження із показниками вказаними пацієнтами в анкеті, відстежується чіткий взаємозв'язок між наявними симптомами СНЩД і суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак дисфункціонального стану.

**Ключові слова:** скронево-нижньощелепна дисфункція, рання діагностика, спеціалізоване анкетування, суб'єктивне сприйняття симптомів.

**Boian Arkadii Maksynovich**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Dentistry, V.N. Karazin Kharkiv National University, [dr.amboyan@gmail.com](mailto:dr.amboyan@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0009-9066-4495>, Kharkiv, Ukraine

**Breslavets Nataliia Mykolayvna**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Dentistry, V.N. Karazin Kharkiv National University, [breslavets\\_n@ukr.net](mailto:breslavets_n@ukr.net), <https://orcid.org/0000-0001-8220-2711>, Kharkiv, Ukraine

## Feasibility of questioning at the diagnostic stage and the relationship between the subjective perception of temporomandibular dysfunction symptoms and confirmed diagnosis

**Introduction.** Temporomandibular dysfunction (TMD) is characterized by an extensive array of clinical manifestations and ranks as the second most common chronic pain condition worldwide, affecting up to 75% of adults. Effective treatment of TMD is highly dependent on early diagnosis based on its broad range of clinical symptoms; therefore, early symptom assessment is essential even before conducting supplementary diagnostic tests. **The aim** of this study is to evaluate the effectiveness of a specialized questionnaire for the early diagnosis of TMD and to determine the correlation between patients' subjective perception of TMD symptoms and the confirmed diagnosis. **Methods.** A total of 168 patients, aged 22 to 68 years, completed the specialized questionnaire, followed by a comprehensive clinical evaluation of the dentition, TMJ, masticatory muscles, and occlusal-articulation relationships. When indicated, additional diagnostic procedures—including electromyographic examination, ultrasound, and MRI of both TMJs—were performed to confirm the TMD diagnosis. Statistical analysis of

the questionnaire data was then conducted to determine the relationship between patients' subjective perceptions of TMD symptoms and the confirmed diagnosis. **Results and discussion.** According to the questionnaire results, patients most frequently reported fatigue and pain in the masticatory muscles, particularly during meals. This symptom, along with frequent headaches or pain in the TMJ area, was often associated with inflammation of the parotid region and was not attributed to dental pathology. Electromyographic examination revealed varying degrees of masticatory muscle tension. After a thorough examination, 32 patients were referred for additional imaging—ultrasound and MRI. **Conclusions.** The findings of this study demonstrate a clear correlation between clinically confirmed TMD diagnoses and the subjective perception of TMD symptoms reported in the questionnaire. The comparison of data obtained through primary and additional examinations with patient-reported symptoms underscores the value of questionnaires in the early diagnosis of TMD.

**Key words:** temporomandibular dysfunction, early diagnosis, specialized questionnaire, subjective symptom perception.

**Вступ.** Сконево-нижньощелепна дисфункція (СНЩД) представляє собою патологічний комплекс, який вражає один або обидва сконево-нижньощелепні суглоби (СНЩС) та жувальні м'язи, і займає друге місце серед найпоширеніших хронічних больових станів у світі, після болю в спині, вражаючи від 10% до 75% дорослого населення [1], віком від 20–40 років, причому даний відсоток зростає із збільшенням віку пацієнтів, у жінок СНЩД спостерігається в 2,5 рази частіше ніж у чоловіків [2; 3]. Поліетіологічність СНЩД та вплив на її подальший розвиток багатьох факторів ризику має прямо пропорційне відношення до розширеного симптомокомплексу клінічних проявів.

Основні етіологічні чинники можна пов'язати як із структурною патологією суглобу та навколишніх тканин, так і з психоемоційними факторами [4; 5; 6]. До структурної патології відносять зміни артрогенного походження (наприклад дислокація суглобового диску та ін.), а також міогенного, який є більш поширеним.

Багато вчених довели зв'язок між психоемоційними та психосоціальними факторами і СНЩД [7; 8; 9; 11], але одні автори відносять нестабільність психосоматичного профілю до етіологічного чинника, інші до факторів ризику. В дослідженнях також доведено, що течія клінічної симптоматики вже наявного стану СНЩД, особливо міогенного походження, посилюється під час стресу, тривоги, гормональних порушень, депресивного стану [12].

Також, останнім часом, серед дослідників і лікарів-стоматологів, розділилася думка щодо бруксизму та його місця в етіології СНЩД. Одні автори відносять бруксизм саме до етіологічних чинників [12; 13], інші до факторів ризику розвитку СНЩД, а саме міофасціального болю і болю в СНЩС [12; 13], треті розглядають бруксизм, як самостійний патологічний стан [12].

Діагностичні аспекти СНЩД мають бути спрямовані на визначення і надання якісної характеристики ознак і симптомів, ще до проведення додаткових досліджень [13]. Починаючи з анамнезу пацієнта, лікар має виявити будь-які супутні захворювання, які можуть бути пов'язані з СНЩД, а також фактори ризику і шкідливі звички, наявність стресу або психічних захворювань (станів).

Під час клінічного обстеження, використовуючи індекс Helkimo та ін., а також ретельного дослідження СНЩС у спокої і під час функції нижньої щелепи вже можна диференціювати дисфункціональний стан пацієнта за трьома класифікаційними групами: перша група – розлади жувальних м'язів; друга група – ураження суглобів, пов'язані з ураженням сконево-нижньощелепного диска; третя група – ураження суглобів, пов'язані з артралгією СНЩС, артритом і артрозом [3; 14; 15].

Wilkes [16], визначив класифікацію оцінки ступеня тяжкості структурного пошкодження СНЩС та виділяє наступні стадії: I. Початкова. Безболісне клацання (передня дислокація диску з редукцією свого положення); II. Рання проміжна. Клацання з періодичним болем (передня дислокація диску з редукцією); III. Проміжна. Частий біль в ділянці суглобів, часте і тривале клацання, обмеження рухів, відсутність дегенеративних змін (передня дислокація диску з редукцією або без); IV. Проміжна-пізня. Хронічний біль, обмеженість рухів, відсутність клацання, дегенеративні кісткові зміни, спайки, передня дислокація диску без редукції; V. Пізня. Сильний біль, знижена і болісна функція, крепітація, прогресуючі дегенеративні кісткові зміни, груба деформація диска та/або його перфорація, наявність спайок, передня дислокація диску без редукції.

Орофасціальний біль відноситься до основних скарг пацієнтів, а саме біль в СНЩС під час жування/відкриття рота, біль і втомлюваність у жувальних м'язах та нездатність широко відкрити рот [17; 18; 19], біль у вухах, головний біль. Отже, при постановці діагнозу, лікарю-стоматологу, також необхідно звернути увагу на якісні характеристики наявного орофасціального болю і диференціювати з іншими захворюваннями [7; 19].

Conti A.C., Oltramari P.V. та ін. запропонували оцінювати всі скарги пацієнта окремо і за наступною чергою [20]:

– Встановлення початку виявлення симптомів, ця інформація допоможе визначити, як довго пацієнт хворіє, і відповідно стадію захворювання: гостра, хронічна, або загострення.

– Локалізація болю. Внутрішньокапсульний біль добре визначається пацієнтом. М'язовий біль має розлитий характер.

– Інтенсивність болю, це суб'єктивний параметр, але за допомогою візуальної аналогової шкали її можна виміряти, а також прослідити динаміку змін протягом лікування.

– Частота болю (постійний чи нападopodobний).

– Якісні характеристики болю: глибокий, тупий і іноді ниючий (пульсуючий), або пекучий та ін.

На жаль, пацієнти не завжди можуть зв'язати прояви своїх симптомів із стоматологічним напрямком розпочинаючи своє лікування у невропатологів та отоларингологів, і навіть перебуваючи на прийомі у лікаря-стоматолога з приводу лікування карієсу або його ускладнень, не озвучують свої скарги, які можуть говорити про наявність патології з боку СНЩС. Своєчасне виявлення симптомокомплексу у пацієнтів із СНЩД є важливим, та забезпечує оптимальний клінічний ефект стоматологічної допомоги [21]. Тому незважаючи на велику кількість досліджень і публікацій,

присвячених проблемам етіології та диференційної діагностики СНЩД, виявлення даної патології на ранньому етапі досі залишається проблематичним.

**Мета роботи** – дослідити ефективність проведення профільного анкетування на етапі ранньої діагностики дисфункціонального стану СНЩС, та визначити взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак СНЩД і підтвердженим діагнозом.

**Методологія та методи дослідження.** Дослідження проводилось в стоматологічній багато профільній клініці м. Харкова. В спеціалізованому анкетуванні, з метою визначення суб'єктивної оцінки пацієнтами симптоматичних ознак наявності патології з боку СНЩС прийняли участь 168 пацієнтів віком від 22 до 68 років. Серед пацієнтів, що взяли участь у дослідженні було 42 чоловіків і 126 жінок, що склало 25% та 75% відповідно.

До анкети входили запитання, за допомогою яких пацієнти надавали суб'єктивну оцінку наступним симптомам: визначали наявність орофасіального болю в стані спокою та/або під час прийому їди, а саме: біль в СНЩС, біль у жувальних м'язах, головний біль; клацання в СНЩС (в одному або в двох); втомлюваність м'язів під час прийому їди; обмеження відкривання рота; наявність парафункціональних симптомів (скрегіт та стискання зубів, в день або в ночі).

Після заповнення пацієнтами анкети, лікарем-стоматологом був зібраний ретельний анамнез, під час проведення клінічного обстеження зубо-щелепної ділянки додаткові акценти приділялись до тестів і методів обстеження СНЩС, жувальних м'язів та оклюзійно-артикуляційного співвідношення. За необхідності підтвердження діагнозу СНЩД, додатково призначали електроміографічне дослідження скроневого та власно жувального м'язів, ультразвукове дослідження, а також МРТ обох СНЩС.

За допомогою статистичного аналізу результатів анкетування нами був визначений взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак СНЩД і підтвердженим діагнозом.

**Результати та обговорення.** За результатами дослідження, в якому прийняли участь 168 пацієнтів, було статистично оброблено 168 опитувальників, що склало 100% від загальної кількості.

За даними, що наведені в таблиці вище, найбільший відсоток належить симптому, який пацієнти відмітили

в опитувальнику, а саме 34.5% – втомлюваність та біль в жувальних м'язах, особливо під час їди. Відчуття закладеності у вухах (шуму або дзвону) відзначили 27 пацієнтів, що склало 16%, але лише 4 пацієнти відмічали цей симптом як постійний. Слід зазначити, що наявність перелічених вище симптомів, а також частий головний біль, або біль в ділянці СНЩС, який пацієнти пов'язували з патологією в привушній ділянці, у своїй більшості, не відносили до стоматологічної патології, і відповідно з такими скаргами, звертались до лікарів інших спеціальностей, насамперед до отоларингологів та невропатологів. Саме це призводить до того, що на стоматологічному прийомі, такі пацієнти не озвучують даних скарг лікарю, тим самим не акцентуючи його увагу на гнатологічній проблемі.

Клацання в СНЩС відмічали 26 (15.4%) пацієнти, причому тільки 4 пацієнти відмічали хрускіт в обох суглобах. На жаль, тільки 14 (8.3%) пацієнтів вважали ці скарги як першочерговий привід звернення до лікаря-стоматолога.

Після аналізу відповідей пацієнта і збору анамнезу, клінічне обстеження проводилось за загальноприйнятою методикою (диференціація карієсу та його ускладнень, наявність дефектів та/або деформацій зубних рядів, оклюзійних супраконтактів, що утворюють блок при русі нижньої щелепи, оцінка оклюзійної поверхні зубів, стертість якої може говорити про наявність бруксизму [3], а також оцінка функціонального стану СНЩС, особлива увага приділялась пальпації в ділянці СНЩС і жувальних м'язів, в стані спокою та під час рухів нижньої щелепи, за допомогою якої визначався регіон болю та його якісні характеристики. Проводилась оцінка суглобових шумів (хрускіт, клацання) при відкриванні/закриванні рота, визначення діапазону рухів суглоба, наявність та величина обмеження відкривання рота, напрям руху нижньої щелепи.

У випадках виражених симптомів дисфункції СНЩС додатково проводили електроміографію жувальних м'язів, УЗД та МРТ суглобів.

Так біль при пальпації жувальних м'язів була встановлена у 64 пацієнтів, що склало 38%, і відповідно на 3.5% більше ніж пацієнти відмітили даний симптом при опитуванні. Під час клінічного прийому було встановлено порушення оклюзійно-артикуляційного співвідношення в 60 пацієнтів, в тому числі зниження висоти прикусу було у 115 пацієнтів, причому стертість оклю-

Таблиця 1

Скарги/симптоми	Позитивна позначка при опитуванні, %
Біль та втомлюваність жувальних м'язів під час прийому їди	58 (34,5%)
Шум, дзвін, закладеність у вухах	27 (16%)
Клацання в СНЩС при відкриванні/закриванні рота	26 (15.4%) В одному СНЩС: 24 (92.1%) В обох СНЩС: 2 (7.7%)
Біль в ділянці СНЩС	32 (19.4%)
Обмеження відкривання рота	18 (10.7%)
Скрегіт та стискання зубів	42 (25%)
Вдень	24 (57.1%)
Вночі	18 (42.8%)
Частий головний біль	54 (32%)

зійної поверхні жувальних зубів мала місце в 48 пацієнтів (42 з них вказали в опитуванні на наявність ознак бруксизму (стискання та скреготу зубів)), наявність супраконтактів із блокуванням рухів нижньої щелепи було відмічено у 30 пацієнтів. Обмеження відкривання рота, при клінічному обстеженні, було діагностовано у 39 пацієнтів, проти 18, що вказали в опитуванні.

Клацання у СНЩС відмітили у 26 пацієнтів, що склало 15.4%. Даний показник повністю співпадає із даними наданими пацієнтами в опитуванні.

Згідно отриманих результатів з електроміографічного дослідження, яке було запропоновано пацієнтам, що відмічали біль у жувальних м'язах в анкеті та/або підтвердили цей симптом після клінічного обстеження, було відзначено напруження жувальних м'язів різного ступеня важкості.

Після ретельного обстеження 32 пацієнти були скеровані на додаткове дослідження – УЗД та МРТ, де у всіх випадках було визначено збільшення суглобового простору, з них в 18 пацієнтів спостерігався неповний зсув суглобового диску з редукацією, в 6 пацієнтів

було підтверджено зсув суглобового диску до переду з редукацією, 2 пацієнти мали зсув суглобового диску без відновлення свого положення.

**Висновки.** За результатами нашого дослідження, після клінічного підтвердження або встановлення діагнозу СНЩД і кореляції даних отриманих після основного та додаткового обстеження із показниками вказаними пацієнтами при анкетуванні, відстежується чіткий взаємозв'язок між наявними симптомами СНЩД і суб'єктивним сприйняттям пацієнтами ознак дисфункціонального стану. В зв'язку з тим, що більшість опитаних пацієнтів асоціюють багатофакторну клінічну симптоматику СНЩД із патологією неврологічного, отоларингологічного та іншого профілю, на прийомі у лікаря-стоматолога вони не пред'являють скарг гнатологічного характеру. Тому, проведення на першому прийомі анкетування пацієнтів з приводу суб'єктивної оцінки свого стану з боку скронево-нижньощелепної патології, допоможе своєчасно виявити дану групу пацієнтів для лікування СНЩД, а також для відстеження їх стану на етапах контролю ефективності запровадженої терапії.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Конфлікту інтересів немає.

**Інформація про фінансування.** Автор гарантує, що він не отримував жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

**Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:**

Боян А.М. – концептуалізація, формулювання стратегії, збір даних, аналіз отриманих результатів;

Бреславець Н.М. – аналіз отриманих результатів, обговорення результатів та висновків роботи, підготовка тексту статті.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Dumenko M, Nespriadko V. Analysis of research on the diagnosis of the painful form of temporomandibular joint dysfunction. *Actual Problems of Modern Medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Stomatological Academy*. 2024 Nov;24(3):179-87. doi:10.31718/2077-1096.24.3.179.
2. Chan NHY, Ip CK, Li DTS, Leung YY. Diagnosis and Treatment of Myogenous Temporomandibular Disorders: A Clinical Update. *Diagnostics*. 2022; 12(12):2914. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12122914>
3. Mansi Sharma, Sunita Shrivastav, Purva V Dhannawat, Temporomandibular Disorders: A Comprehensive Review, *J Res Med Dent Sci*, 2022, 10 (9): 000-000.
4. Rollman G.B., Gillespie J.M. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr. Rev. Pain*. 2000;4:71–81. doi: 10.1007/s11916-000-0012-8. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
5. Auerbach S.M., Laskin D.M., Frantsve L.M., Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2001;59:628–633. doi: 10.1053/joms.2001.23371. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
6. Toh A.Q.J., Chan J.L.H., Leung Y.Y. Mandibular asymmetry as a possible etiopathologic factor in temporomandibular disorder: A prospective cohort of 134 patients. *Clin. Oral Investig.* 2021 doi: 10.1007/s00784-020-03756-w. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. List T., Jensen R.H. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017;37:692–704. doi: 10.1177/0333102416686302. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
8. Bitiniene D., Zamaliauskiene R., Kubilius R., Leketas M., Gailius T., Smirnovaite K. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review. *Stomatologija*. 2018;20:3–9. [PubMed] [Google Scholar]
9. Turk D.C., Gatchel R.J. Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Hand Book. The Guilford Press; New York, NY, USA: 2002. [Google Scholar]
10. Yap A.U., Tan K.B., Chua E.K., Tan H.H. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J. Prosthet. Dent.* 2002;88:479–484. doi: 10.1067/mpd.2002.129375. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
11. Li DTS, Leung YY. Temporomandibular Disorders: Current Concepts and Controversies in Diagnosis and Management. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(3):459. Published 2021 Mar 6. doi:10.3390/diagnostics11030459
12. Moxley B, Stevens W, Sneed J, Pearl C. Novel Diagnostic and Therapeutic Approaches to Temporomandibular Dysfunction: A Narrative Review. *Life (Basel)*. 2023;13(9):1808. Published 2023 Aug 25. doi:10.3390/life13091808
13. Ohrbach R, Dworkin SF. The Evolution of TMD Diagnosis: Past, Present, Future. *Journal of Dental Research*. 2016;95(10):1093-1101. doi:10.1177/002203451665392217.
14. Klochan SM. Study of the application of international diagnostic criteria for temporomandibular disorders – DC/TMD as the main diagnostic algorithm for research and clinical purposes (literature review). *Modern Dentistry*. 2019;3(97):88-95.

15. Beaumont, S., Garg, K., Gokhale, A. and Heaphy, N. (2020), Temporomandibular Disorder: a practical guide for dental practitioners in diagnosis and management. *Aust Dent J*, 65: 172-180. <https://doi.org/10.1111/adj.12785>
16. Eric Schiffman, Richard Ohrbach, Edmond Truelove et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*. 2014. 28(1);6-27.
17. González-Sánchez B, García Monterey P, Ramírez-Durán MdV, Garrido-Ardila EM, Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M. Temporomandibular Joint Dysfunctions: A Systematic Review of Treatment Approaches. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(12):4156. <https://doi.org/10.3390/jcm12124156>
18. Brandão RAFS, Mendes CMC. Temporomandibular joint pain with orofacial myalgia following post-healed unilateral cervicofacial burn. *Acupunct Electro-Ther Res*. 2021;46:123-134. [Google Scholar]
19. Małgorzata, Pihut, et al. Diagnostic of temporomandibular disorders and other facial pain conditions—narrative review and personal experience. *Medicina*. 2020;56(9):472. <https://doi.org/10.3390/medicina56090472>. Accessed 4 Dec. 2024.
20. Conti AC, Oltramari PV, Navarro Rde L, de Almeida MR. Examination of temporomandibular disorders in the orthodontic patient: a clinical guide. *J Appl Oral Sci*. 2007;15(1):77-82. doi:10.1590/s1678-77572007000100016
21. Bezkorovaina LP. Analysis of patient questionnaires on musculo-articular dysfunction of the temporomandibular joint. *Bulletin of Problems in Biology and Medicine*. 2023;3(170). ISSN 2077-4214.