

*Коленко Ю. Г., Дядік І. Г.**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Вплив дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба на якість життя пацієнтів

► **Актуальність.** Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) характеризуються високою поширеністю і належать до числа патологій зубощелепної системи, які зустрічаються найчастіше. Головним чином, частота проявів дисфункції СНЩС спостерігається у дорослих віком 35–45 років, досягаючи 75 % випадків. Висока поширеність і виражений вплив даної патології на якість життя пацієнтів визначають необхідність її комплексного вивчення.

Мета: проаналізувати основні скарги пацієнтів з дисфункцією СНЩС та їх вплив на якість життя.

Матеріали й методи. Для виявлення порушень скронево-нижньощелепного суглоба було обстежено 224 пацієнти. На підставі критеріїв включення, невключення та виключення в дослідженні взяли участь 135 пацієнтів обох статей (від 20 до 60 років), що склало 60,3 % від усіх, хто звернувся за стоматологічною допомогою у стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вік учасників дослідження від 20 до 60 років. Для збору анамнезу, виявлення скарг пацієнта, оцінки функцій жуваального апарату та СНЩС, аналізу можливих постуральних і психосоматичних факторів використовували анкети DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, вісь II). Статистичний аналіз виконаний за допомогою програми MedStat та Microsoft Excel; за допомогою критерію Стюдента визначали статистично значущу різницю між показниками; за допомогою критерію Шапіро-Уїлка проводили перевірку розподілу варіаційного ряду на нормальність. Для оцінювання зв'язку між показниками використовували коефіцієнт Спірмена.

Результати. Пацієнти з діагнозом дисфункції СНЩС демонструють виражені функціональні обмеження та психоемоційні порушення, тоді як у пацієнтів, які вперше звернулися, спостерігаються лише початкові або помірні симптоми без значного впливу на якість життя.

Висновок. Анкети DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, вісь II) є короткими та інформативними інструментами для визначення якості життя пацієнтів з захворюваннями СНЩС.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, дисфункція, DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, вісь II), якість життя.

Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.uk>



Вступ

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) характеризуються високою поширеністю та належать до числа патологій зубощелепної системи, які найбільш часто зустрічаються. Головним чином, частота проявів дисфункції СНЩС спостерігається у дорослих віком 35–45 років, досягаючи 75 % випадків

[1, 2]. Висока поширеність і виражений вплив даної патології на якість життя пацієнтів визначають необхідність її комплексного вивчення. У численних клінічних та експериментальних дослідженнях розглядаються питання етіології, патогенезу, факторів ризику та механізмів розвитку дисфункції СНЩС, що пов'язано з актуальністю проблеми для стоматологічної практики та міждисциплінарного підходу в діагностиці та лікуванні [3].

Дисфункція СНЩС проявляється комплексом порушень, що включають дискоординацію роботи жувальної мускулатури, асиметрію положення суглобових головок нижньої щелепи, зниження сили жувальних м'язів, розлади гемодинаміки у тканинах суглоба, а також дислокацію суглобових дисків [4,5]. Порушення узгодженості рухів суглобового диска і мишечкового відростка нижньої щелепи призводить до розвитку м'язово-суглобових патологій, що супроводжуються обмеженням амплітуди рухів, відчуттям дискомфорту, лицьовими й головними болями [2, 6, 7, 8]. Дана дисфункція може викликати інтенсивні больові відчуття, значно знижувати якість життя пацієнта шляхом порушення жувальної функції, обмежень в раціоні харчування, порушень мови, а також втрати працездатності. Клініко-функціональна значущість патології посилюється обмеженою ефективністю консервативних методів лікування [9], що в сукупності відбивається на вираженому зниженні якості життя стоматологічних хворих [2].

За результатами обстеження студентів у віці 20–29 років із використанням Гамбурзького тесту встановлено, що у 45 % виявлено ознаки дисфункції СНЩС, при цьому 33 % респондентів були віднесені до групи ризику. Автори підкреслюють, що даний факт свідчить про необхідність якнайшвидшого впровадження ефективних профілактичних програм і об'єктивних методів моніторингу патології [10]. У більш ранніх дослідженнях тих же авторів було показано, що група ризику та особи з клінічними ознаками дисфункції ВНЧС можуть становити до 58 % від загальної вибірки студентів [4,11]. Згідно з даними літератури, поширеність даної патології серед осіб, які звертаються за стоматологічною допомогою, досягає 24 %, проте лише у 4 % пацієнтів фіксуються виражені клінічні прояви. Це істотно ускладнює своєчасну діагностику дисфункції навіть на рівні лікаря-фахівця [12].

Слід зазначити, що успішне лікування даної патології можливе тільки при міждисциплінарному підході та взаємодії фахівців різних профілів [6, 8, 13]. Згідно з опублікованими даними, дисфункція СНЩС розглядається як одна з форм хронічного лицьового болю, що зустрічається у 12 % населення. При цьому у 20–80 % дорослих виявляється як мінімум один її симптом. Жінки страждають на дисфункцію СНЩС удвічі частіше за чоловіків, причому звернення за медичною допомогою у них у п'ять разів вище, що формує неоднорідність мотиваційного профілю пацієнтів і додатково ускладнює ранню діагностику [14].

Сукупність зазначених факторів свідчить про відсутність єдиного стандартизованого підходу до діагностики та лікування даної патології, а також про складність її клінічного ведення [15].

Мета дослідження: проаналізувати основні скарги пацієнтів з дисфункцією СНЩС та їх вплив на якість життя.

Матеріал і методи

Для виявлення порушень скронево-нижньощелепного суглоба було обстежено 224 пацієнти. На підставі критеріїв включення, невключення та виключення в дослідженні взяли участь 135 пацієнтів обох статей (від 20 до 60 років), що склало 60,3 % від усіх, хто звернувся за стоматологічною допомогою у стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вік учасників дослідження від 20 до 60 років. Серед них жінок — 89 (65,9 %) осіб, чоловіків — 46 (34,1 %). У всіх пацієнтів була отримана письмова згода на проведення дослідження. Були використані стандартні схеми обстеження (опитування та огляд). Під час опитування з'ясували скарги обстежуваного, перенесені та супутні захворювання, наявність загально соматичних захворювань, спадкову обтяженість, тривалість і характер перебігу захворювання, а також алергологічний анамнез. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових пацієнтів з інтактними зубними рядами, без патологічних симптомів з боку скронево-нижньощелепного суглоба.

Критерії включення пацієнтів у дослідження.

У дослідження були обрані пацієнти обох статей у віці від 20 до 60 років за відсутності:

- вроджених або набутих щелепно-лицьових аномалій;
- психогенних і психосоматичних розладів в анамнезі;
- онкологічних захворювань в анамнезі.

Критерії включення пацієнтів до контрольної групи.

Були обрані пацієнти обох статей за відсутності:

- дефектів зубів або з дефектами зубних рядів, відновленими повноцінними прямими реставраціями;
- оклюзійних порушень зубів і зубних рядів;
- клінічних проявів м'язово-суглобової дисфункції;
- супутньої загальносоматичної патології;
- вроджених або набутих щелепно-лицьових аномалій;
- психогенних і психосоматичних розладів в анамнезі;
- онкологічних захворювань в анамнезі.

Також у пацієнтів не повинно було бути: скарг на біль, хрускіт, клацання у СНЩС, утруднень при відкриванні рота, загальносоматичних захворювань, пов'язаних з ураженням суглобів, кісток.

Критерії невиключення для участі в дослідженні:

- наявність онкологічних захворювань в анамнезі;
- наявність дефектів зубних рядів;
- наявність клінічних проявів м'язово-суглобової дисфункції;
- наявність генералізованого патологічного стирання зубів;
- наявність бруксизму;
- наявність психогенних і психосоматичних розладів в анамнезі;
- наявність вроджених або набутих щелепно-лицьових аномалій;
- наявність супутньої загальносоматичної патології.

Для збору анамнезу, виявлення скарг пацієнта, оцінки функцій жувального апарату та СНЩС, аналізу можливих постуральних і психосоматичних факторів використовували анкету DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). Питання скринінгу TMD (Axis I) — це коротка анкета або набір питань, що заповнюється пацієнтом.

Питання спрямовані на виявлення основних симптомів:

- біль у щелепі, в області скронево-нижньощелепного суглоба або м'язів жування;
- обмеження відкриття рота;
- клацання, скреготіння, нестабільність суглоба;
- дискомфорт при жуванні або відкриванні рота.

Відповіді були записані як «так»/«ні» або за номінальними шкалами, що описують наявність/відсутність болю.

Також використовували градуйовану шкалу хронічного болю DC/TMD Axis II — цей інструмент для оцінювання інтенсивності й ступеню функціональних порушень через біль в обличчі. Вплив болю на повсякденну, соціальну/сімейну та роботу діяльність оцінювався за шкалою від 0 («зовсім ні») до 10 («надзвичайно»). Ці дані дозволяють кла-

сифікувати суб'єктів за ступенем хронічного болю (0 — відсутність болю, I — легкий біль, II — помірний біль, III/IV — сильний біль з інвалідністю).

Також використовували шкалу функціонального обмеження щелепи *Jaw Functional Limitation Scale* (JFLS-20, вісь II) — це стандартизований опитувальник, розроблений для кількісної оцінки функціональних обмежень нижньої щелепи. JFLS містить 20 пунктів, що оцінюють рівень складності (0 = немає складності, 10 = можливо) у виконанні різних дій, пов'язаних з щелепою. Питання охоплюють жувальні функції (пережовування їжі різної консистенції, відкушування їжі), мовні та мимічні функції (відкриття рота для розмови, позіхання, спів, посмішка, миміка) та загальні функції ротової порожнини (ковтання, поцілунок). Загальний бал JFLS (0–100) розраховується як середнє значення всіх балів за пунктами $\times 10$, причому вищі значення вказують на більш серйозне функціональне обмеження.

Статистичний аналіз виконаний за допомогою програми *MedStat* та *Microsoft Excel*; за допомогою критерію Ст'юдента визначали статистично значущу різницю між показниками; за допомогою критерію Шапіро–Уїлка проводили перевірку розподілу варіаційного ряду на нормальність. Значення $p < 0,05$ були інтерпретовані як значущі. Для оцінювання зв'язку між показниками використовували коефіцієнт Спірмена.

Результати дослідження

Загальна характеристика обстежуваних пацієнтів. Всі пацієнти були розділені на основну та контрольну групи. Основна група була розділена на 2 підгрупи.

До основної групи увійшли 62 пацієнти: 43 жінки (69,4 %) та 19 чоловіків (30,6 %), до контрольної групи — 73 пацієнти: 46 жінок (63,9 %) та 27 чоловіків (36,1 %). В основній групі до підгрупи I увійшли пацієнти із встановленим діагнозом «дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба», до підгрупи II були включені пацієнти, які вперше звернулися на ортопедичний прийом без раніше встановленого діагнозу «дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба» (рис. 1).

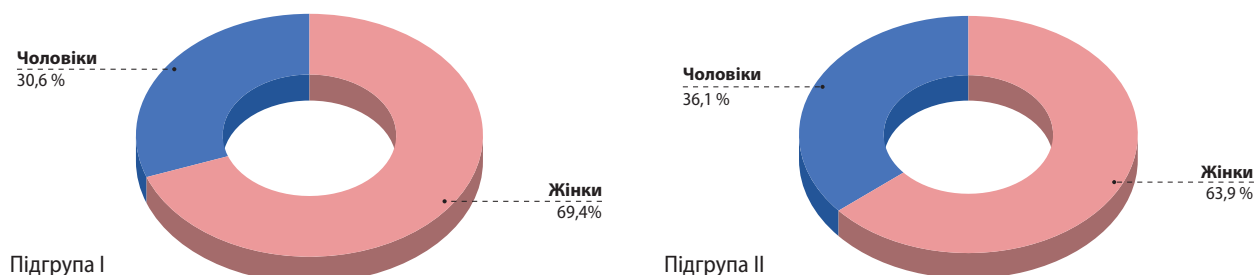


Рис. 1. Розподіл пацієнтів основної групи за статтю.

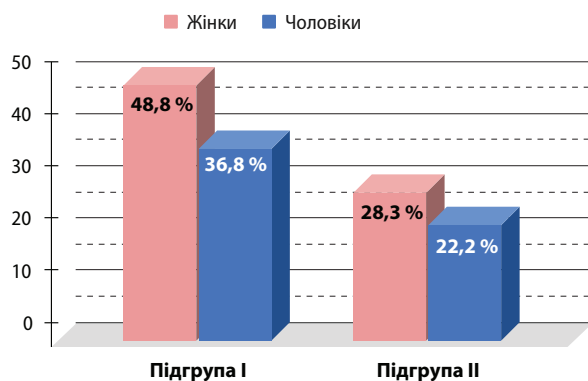


Рис. 2. Поширеність орофасіального болю у пацієнтів основної групи (жінки проти чоловіків).

Згідно з критеріями скринінгу DC/TMD, 48,8 % жінок першої підгрупи основної групи повідомили про орофасіальний біль у щелепі, скроні та/або преаурикулярній області (перед вухом) в односторонньому або двосторонньому порядку. У 28,3 % жінок та 22,2 % чоловіків другої підгрупи основної групи цей біль був періодичним — «біль приходить і йде» — приблизно 97 % тих, хто повідомив про біль, описували його саме так. Лише 7 пацієнтів (7,7 %) другої підгрупи основної групи повідомили про безперервний та постійний біль протягом останнього місяця (рис. 2).

Значна частина пацієнтів першої підгрупи основної групи повідомила про шуми в суглобах СНЩС — 55 пацієнтів (87,3 %) помітили клацання або суглобові звуки під час рухів нижньої щелепи.

Щодо феномену замикання суглобів, то у 17 пацієнтів (23,3 %) підгрупи II основної групи спостерігали один або кілька епізодів «замикання» щелепи в закритому положенні (тимчасова неможливість повністю відкрити рот). 29 пацієнтів (46,8 %) підгрупи I основної групи вказали, що блокування обмежувало відкривання рота тою мірою, в якій це впливало на їх харчову здатність, що свідчить про епізоди сильного блокування, що вказують на можливе зміщення диска без вправлення. 11 пацієнтів (15,1 %) підгрупи II основної групи описали епізоди, коли щелепа «не відкривається повністю, а потім відпускає», характерні для

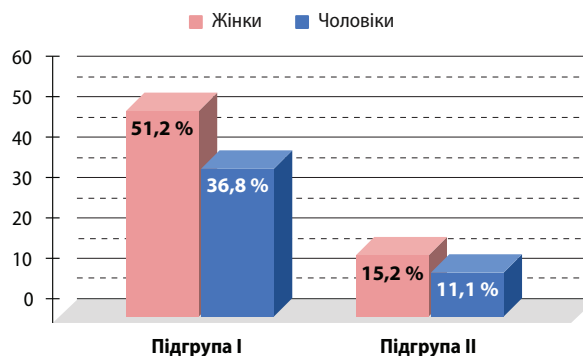


Рис. 3. Поширеність симптомів, пов'язаних з СНЩС у пацієнтів основної групи (жінки проти чоловіків).

періодичного замикання з редукцією (суглобовий диск тимчасово заважає руху, а потім спонтанно повертається в положення).

На момент оцінювання 26 пацієнтів підгрупи I основної групи (41,9 %) повідомили, що їхня щелепа наразі відчувається заблокованою або обмеженою в рухах на регулярній основі (постійно). Щодо епізодів відкритого замикання (гіпермобільність нижньої щелепи), 31 пацієнт підгрупи II основної групи (42,5 %) мали принаймні один епізод замикання щелепи при позіханні або дуже широкому відкритті рота, а 9 пацієнтів (12,3 %) повідомили, що їм доводилося «робити щось, щоб закрити рот» після такого епізоду, що вказує на більш виражений підвивих/гіпермобільність нижньої щелепи (рис. 3).

Середня тривалість болю, пов'язаного з СНЩС, у пацієнтів підгрупи II основної групи становила приблизно 4 міс (IQR $\approx$ 2–12 міс), що свідчить про те, що багато пацієнтів відчували симптоми відносно недавно.

Окрім болю, локалізованого в області СНЩС, 44 пацієнти (69,8 %) підгрупи I основної групи також повідомили про головний біль у скроневій ділянці (скронях), який у контексті дисфункції СНЩС може бути пов'язаний з болем у скронево-му м'язі (головний біль, що відносять до СНЩС). Серед тих, хто страждає на скроневий головний біль, приблизно 27 % помітили, що він виникає

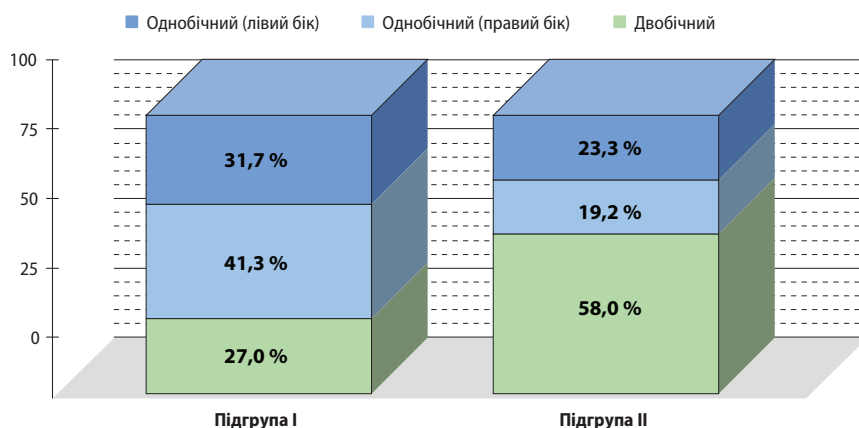


Рис. 4. Локалізація орофасіального болю у пацієнтів основної групи.

або погіршується при пережовуванні твердої їжі, 34 % помітили, що він виникає або погіршується під час стискання зубів, а 21 % помітили, що він виникає або посилюється при широкому відкритті рота, що свідчить про функціональний зв'язок між активністю нижньої щелепи та головним болем.

Серед пацієнтів підгрупи I основної групи з орофациальним болем характеристики були такими: біль був двостороннім у 27,0 % випадків та одностороннім у 73,0 % (без вираженої бічної переваги — 41,3 % на правому боці, 31,7 % на лівому) (рис. 4).

14 пацієнтів другої підгрупи основної групи (19,2 %) повідомили про біль або скутість щелепи після ранкового пробудження. Про цей ранковий симптом (який часто вважають показником нічного бруксизму) повідомляли переважно ті, хто також відчував біль протягом дня. Щодо провокаційних або обтяжувальних факторів болю в нижній щелепі, то найчастіше повідомлялося про широке відкривання рота (наприклад, позіхання, відкушування великої їжі) — про це згадували 74 пацієнти (54,8 %); парафункціональні звички (наприклад, стискання або скрегіт зубами, жувальна гумка) — згадали 69 пацієнтів (51,1 %); жування твердої або липкої їжі — про це повідомило 48 пацієнтів (35,6 %); і дії, що включають тривале говоріння, спів або позіхання — про це повідомили 39 пацієнтів (28,9 %). Жування погіршує біль у $\approx 49\%$ тих, хто має біль, екстремальне відкривання рота погіршує біль у $\approx 57\%$, парафункціональні звички (стискання) погіршують біль у $\approx 44\%$, а розмова/позіхання погіршують біль у $\approx 29\%$. Ці дані підкреслюють м'язово-скелетний характер болю — дії, які напружують м'язи та суглоби, викликають дискомфорт, характерний для дисфункції СНЩС.

За шкалою від 0 до 10 середня зареєстрована інтенсивність болю в обличчі становила $2,10 \pm 3,09$. Приблизно 45 % пацієнтів підгрупи II основної групи повідомили про принаймні легкий біль на момент заповнення анкети (оцінка > 0 за «біль за раз»), але у більшості інтенсивність була низькою (медіана = 0, з першим квантилем = 0 і третім квантилем = 3). Найвищий біль, що відчувався протягом останнього місяця, мав середню інтенсивність $2,20 \pm 2,91$, при цьому 46,6 % пацієнтів першої підгрупи основної групи повідомили про помірні або сильно болючі епізоди (оцінка ≥ 5).

Що стосується хронічного болю, 18,1 % пацієнтів підгрупи II основної групи повідомили про біль, що виникає ≥ 1 день на тиждень протягом останніх 6 міс (≥ 24 дні за 6 міс), а 36,8 % пацієнтів підгрупи I основної групи повідомили про біль ≥ 3 дні на тиждень (≥ 72 дні за 6 міс). Згідно з класифікацією GCPs, більшість пацієнтів підгрупи II

основної групи потрапляли до ступеня 0 (відсутність значного болю) або I ступеня (легкий біль, відсутність інвалідності); лише 4,8 % були віднесені до II ступеня (помірний біль), і менше як 2 % до ступенів III–IV (сильний біль з функціональним впливом).

Середня кількість днів, пов'язаних з активністю через біль (за останній місяць), була дуже низькою (середнє значення ≈ 1 день; медіана = 0, IQR 0–0), що підтверджує, що для більшості пацієнтів підгрупи II основної групи біль, хоча й присутній, суттєво не заважав повсякденній діяльності. Однак невелика підгрупа ($\approx 5\%$) повідомила, що біль в обличчі заважав виконувати повсякденні завдання понад 7 днів протягом останнього місяця.

Висновки

1. Пацієнти із раніше встановленим діагнозом «дисфункція СНЩС» мають таку характеристику:

За DC/TMD (Axis II):

- Біль: частий, тривалий (> 3 міс.), інтенсивність середня або висока (VAS 5–7/10).

- Супутні симптоми: клацання, обмеження відкривання рота, скутість.

- Психоемоційний стан: підвищений рівень тривожності та депресивності; у частини — соматизація (напруга у шиї, головний біль).

- Вплив на якість життя: відчутне зниження (соціальна обмеженість, труднощі у харчуванні, зниження працездатності).

За JFLS-20:

- Жування: значні труднощі з відкушуванням твердої їжі (яблуко, м'ясо), уникання певних продуктів.

- Комунікація: біль або втома під час тривалої розмови; обмеження в усмішці, сміху.

- Соціально-побутові дії: труднощі при широкому відкриванні рота (у стоматолога, під час позіхання), дискомфорт при поцілунках.

- Середній сумарний бал: 40–70/100 (помірні — виражені функціональні обмеження).

2. Пацієнти без встановленого діагнозу «дисфункція СНЩС» мають таку характеристику:

За DC/TMD (Axis II):

- Біль: епізодичний, менш інтенсивний (VAS 2–4/10), зазвичай пов'язаний із жуванням твердої їжі або стресом.

- Супутні симптоми: іноді клацання, але без суттєвого обмеження функції; біль може бути нетиповим (імітувати зубний або отолігічний).

- Психоемоційний стан: у більшості — у межах норми; іноді легке підвищення тривожності через незрозумілий характер болю.

- Вплив на якість життя: мінімальний або помірний; пацієнт часто не пов'язує скарги з суглобом.

За JFLS-20:

- Жування: незначні труднощі (наприклад, неприємні відчуття при жуванні м'яса чи твердої їжі).
- Комунікація: здебільшого не порушена.
- Соціально-побутові дії: легкий дискомфорт при широкому відкриванні рота (при стоматологічному огляді, позіханні).
- Середній сумарний бал: 10–25/100 (легкі функціональні обмеження або їх відсутність).

3. Виходячи з отриманих результатів, можна зробити висновок, що ефективний і практичний терапевтичний підхід до лікування повинен бути міждисциплінарним. Впроваджуючи профілактичні програми (такі як управління стресом та зменшення парафункціональної поведінки) та раннє втручання у симптоматичних пацієнтів, стоматологи можуть допомогти зменшити тягар цих розладів. У майбутньому необхідні додаткові дослідження для подальшого вивчення причинно-наслідкових зв'язків та оцінки ефективності таких профілактичних втручань серед таких груп пацієнтів.

ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Ohrbach, R., Sharma, S. (2024). Temporomandibular disorders: Definition and etiology. *Semin in Orthod*, 30(3), 237–242. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2023.12.011>.
2. Li, D.T.S., Leung, Y.Y. (2021). Temporomandibular disorders: Current concepts and controversies in diagnosis and management. *Diagnostics (Basel)*, 11(3), 459. PMID: 33800948. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11030459>.
3. List, T., Jensen, R.H. (2017). Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*, 37(7), 692–704. DOI: <https://doi.org/10.1177/0333102416686302>.
4. Lambert, C.A. et al. (2014). Chronic HPA axis response to stress in temporomandibular disorder. *J Dent Hyg*, 88 Suppl 1(Suppl 1), 5–12. PMID: 25071145. PMCID: PMC4987539
5. Marini, I. et al. (2013). The prevalence of temporomandibular disorders in patients with late whiplash syndrome who experience orofacial pain: a case-control series study. *J Am Dent Assoc*, 144(5), 486–490. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0150>.
6. Kapos, F. P., Exposto, F. G., Oyarzo, J. F., Durham, J. (2020). Temporomandibular disorders: A review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg*, 13(4), 321–334. DOI: <https://doi.org/10.1111/ors.12473>.
7. Melis, M., Di Giosia, M., Zawawi, K. H. (2012). Low level laser therapy for the treatment of temporomandibular disorders: a systematic review of the literature. *Cranio*, 30(4), 304–12. DOI: <https://doi.org/10.1179/crn.2012.045>.
8. Maísa Soares Gui, Marcelle J. P., Celia, M. Rizzatti-Barbosa. (2015). Temporomandibular disorders in fibromyalgia syndrome: a short-communication. *Rev Bras Reumatol*, 55(2), 189–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.07.004>.
9. Ilgunas, A., Fjellman-Wiklund, A., Häggman-Henrikson, B., Lobbezoo, F., Visscher, C.M., Durham, J., Lövgren, A. (2023). Patients' experiences of temporomandibular disorders and related treatment. *BMC Oral Health*, 23(1), 653. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03230-5>.
10. Gauer, R. L., Semidey, M. J. (2015). Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*, 91(6), 378–86. PMID: 25822556.
11. Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J.-P., List, T., Svensson, P., Gonzalez, Y., Lobbezoo, F. (2014). 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. *J Oral Facial Pain Headache*, 28(1), 6–27. DOI: <https://doi.org/10.11607/jop.1151>.
12. Ohrbach, R., Dworkin, S. (2016). The evolution of TMD diagnosis: Past, present, future. *J Dent Res*, 95(10), 1093–101. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034516653922>.
13. Palmer, J., Durham, J. (2021). Temporomandibular disorders. *BJA Educ*, 21(2), 44–50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.11.001>.
14. Gharavi, S.M., Qiao, Y., Faghihimehr, A., Vossen, J. (2022). Imaging of the Temporomandibular Joint. *Diagnostics (Basel)*, 12(4), 1006. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12041006>.
15. Kmeid, E., Nacouzi, M., Hallit, S., Rohayem, Z. (2020). Prevalence of temporomandibular joint disorder in the Lebanese population, and its association with depression, anxiety, and stress. *Head Face Med*, 16(1), 19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00234-2>.

The Impact of Temporomandibular Joint Dysfunction on the Quality of Life of Patients

Kolenko, Yu., Dyadik, I.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Relevance. According to the World Health Organization, temporomandibular joint (TMJ) disorders are highly prevalent and are among the most common pathologies of the dentofacial system. The frequency of TMJ dysfunction is mainly observed in adults aged 35–45, reaching 75% of cases. The high prevalence and significant impact of this pathology on patients' quality of life underscore the need for its comprehensive study.

Objective. To analyze the main complaints of patients with TMJ dysfunction and their impact on quality of life.

Materials and methods. Two hundred twenty-four patients were examined to identify temporomandibular joint disorders. Based on the inclusion, non-inclusion, and exclusion criteria, 135 patients of both sexes (aged 20–60) participated in the study, accounting for 60.3% of all those who sought dental care at the dental medical center of Bogomolets National Medical University. The age of the study participants ranged from 20 to 60 years. To collect medical history, identify patient complaints, assess the functions of the masticatory apparatus and TMJ, and analyze possible postural and psychosomatic factors, the DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) and the Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, axis II) were used. Statistical analysis was performed using MedStat and Microsoft Excel software. Student's t-test was used to determine statistically significant differences between indicators, and the Shapiro-Wilk test was used to check the normality of the distribution of the variation series. Spearman's coefficient was used to assess the relationship between indicators.

Results. Patients diagnosed with TMJ dysfunction show pronounced functional limitations and psychoemotional disorders, while patients who have sought treatment for the first time show only initial or moderate symptoms without a significant impact on their quality of life.

Conclusion. The DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) and the Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, axis II) are concise and informative tools for assessing the quality of life of patients with TMJ disorders.

Keywords: *temporomandibular joint, dysfunction, DC/TMD Axis I-II questionnaires (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20, axis II), quality of life.*

Коленко Юлія Геннадіївна — доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри терапевтичної стоматології, НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1659-3333>

Дядік Ігор Геннадійович — кандидат медичних наук, асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2962-2155>

Стаття: надійшла до редакції 30.05.2025 р.; прийнята до друку 18.06.2025 р.