

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-514-3-5>

**ORAL HEALTH IMPACT PROFILE PARAMETERS IN PATIENTS
WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION
UNDER THE INFLUENCE OF A PHYSICAL THERAPY**

**ПАРАМЕТРИ ORAL HEALTH IMPACT PROFILE
У ПАЦІЄНТІВ З БОЛЬОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА
ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Hohol R. V.

*Postgraduate Student at the Department
of Therapy, Rehabilitation
and Morphology
Vasyl Stefanyk Precarpathian National
University
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

Гоголь Р. В.

*аспірант кафедри терапії,
реабілітації та морфології
Прикарпатський національний
університет імені Василя Стефаника
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ. Больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) залишається поширеним явищем стоматологічної практики, зумовлюючи пошук мультидисциплінарних шляхів її корекції. Найчастіше хворі з больової дисфункцією СНЩС скаржаться на болі в ділянці суглоба, вуха, скроні, головний біль, обмеження діапазону рухливості щелепи, клацання, хрускіт або «заклинювання», відчуття скутості в ділянці суглоба. Біль може виникати при спробах руху нижньою щелепою, але іноді буває мимовільним [3, с. 172–180]. Нерідко пацієнти відзначають, що не можуть знайти зручного положення для нижньої щелепи при розслабленні. Присутність перелічених симптомів призводить до того, що пацієнти стають тривожними, їх настрій – пригніченим, у них порушується сон [4, с. 623–631].

Мультидисциплінарний підхід до корекції дисфункції СНЩС повинен включати специфічні стоматологічні втручання, медикаментозну терапію, психотерапію, реабілітаційні методи локального впливу на орофціальну ділянку [2, с. 220–225]. Включення до терапії хворих із синдромом больової дисфункції СНЩС методів фізичної терапії є перспективним напрямком втручання [1, с. 115–120]. Однак досі їх ефективність при даній патології є досліджена недостатньо.

Мета дослідження – оцінювання ефективності впливу розробленої програми фізичної терапії за динамікою показників Oral Health Impact Profile пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба.

Матеріали і методи. У поздовжньому проспективному дослідженні прийняли участь 100 осіб.

Групу обстежених осіб з дисфункцією СНЩС склали 65 осіб, які були поділені на дві підгрупи.

Групу обстежених осіб з больовою дисфункцією СНЩС 1 (ГД1) склали 33 особи (12 чоловіків, 21 жінка) віком $28,2 \pm 2,0$ роки, корекція ознак патології відбувалось за рахунок носіння силіконових індивідуально виготовлених кап (сплінтів) на нижню щелепу. Пацієнтам рекомендували їх застосування протягом 4 тижнів вдень та вночі, за винятком прийому їжі. Далі їх використовували лише у нічний час упродовж 2 місяців. Індивідуальна капа давала можливість правильно позиціонувати у просторі нижню щелепу та нормалізувати положення суглобових елементів СНЩС, що призводить до нормалізації м'язово-суглобового комплексу та усунення артикуляційно-оклюзійних порушень.

Групу обстежених осіб з больовою дисфункцією СНЩС 2 (ГД2) склали 32 осіб (13 чоловіків, 19 жінок) віком $25,6 \pm 1,1$ роки, які пройшли розроблену програму реабілітації, яка включала не тільки носіння індивідуальних релаксуючих оклюзійних шин за представленою вище методикою, але й застосування комплексної програми фізичної терапії (ФТ). Програма фізичної терапії була розрахована на три місяці; включала терапевтичні вправи з OraStretch® Press System, вправи для м'язів орофасіальної ділянки, шиї та шийно-комірцевої зони, спини, дихальні вправи, вправи для розслаблення, вправи для покращення функції СНЩС за М. Rocabado; курс масажу жувальних м'язів (зокрема, інтраорального), щелепно-лицевої ділянки, шиї, шийно-комірцевої зони; електроміостимуляцію м'язів щелепно-лицевої ділянки; пропріоцептивну нервово-м'язову фасилітацію (PNF) жувальних м'язів, м'язів шиї; кінезіологічне тейпування щелепно-лицевої ділянки, жувальних м'язів, обличчя, шиї; прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном. Пацієнтів навчали принципам споживання їжі з униканням механічного навантаження на СНЩС – широке відкривання рота, відкушування чи жування твердої їжі тощо.

Опитувальник профілю впливу на здоров'я порожнини рота з 14 пунктів – Oral Health Impact Profile (OHIP-14) складається з 7 шкал (функціональні обмеження, фізичний біль, психологічний дискомфорт, фізичні вади, психологічні вади, соціальні вади та недоліки. У кожній шкалі є два запитання, відповіді на які оцінюються в балах як 0 – ніколи; 1 – майже ніколи; 2 – час від часу; 3 – досить часто; 4 – дуже часто/кожен день.

Результати дослідження. Наявність стоматологічної дисфункції мала негативний вплив на якість життя: за результатами всіх шкал OHIP-14 пацієнти з больовою дисфункцією зазначили її багато-

кратне погіршення за психічним, фізичним, соціальним компонентами (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка впливу стоматологічної дисфункції на а ОНП-14 у пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС під впливом програми фізичної терапії

Домени анкети, бали	ГП (n=35)	ГД1 (n=33)		ГД2 (n=32)	
		Перше обстеження	Повторне обстеження	До ФТ	Після ФТ
Функціо-нальне обмеження	0,33±0,03	4,26±0,16*	3,80±0,08*°	4,10±0,09*	2,68± 0,16*°"
Фізич-ний біль	0,48±0,06	6,59±0,28*	4,11±0,09*°	6,22±0,15*	2,83± 0,10*°"
Психо-логічний дискомфорт	0,20±0,03	6,74±0,12*	5,77±0,20*°	6,85±0,16*	2,55± 0,03*°"
Фізична неспро-можність	0,16±0,04	6,67±0,23*	5,63±0,12*°	6,51±0,15*	2,73± 0,12*°"
Психо-логічна неспро-можність	0,12±0,01	5,23±0,17*	4,63±0,12*°	5,53±0,18*	2,31± 0,08*°"
Соціальна неспро-можність	0,12±0,03	4,09±0,08*	2,68±0,08*°	4,17±0,08*	1,83± 0,07*°"
Фізичний недолік	0,35±0,03	4,27±0,15*	3,05±0,16*°	4,40±0,18*	2,74± 0,08*°"
Загальний бал	1,76±0,08	37,85±1,04*	29,67±1,12*°	37,78±1,14*	17,67± 0,83

Примітки: * – статистично значна різниця між відповідними параметрами ГП та ГД1, ГД2 ($p<0,05$);

° – статистично значна різниця між відповідними параметрами первинного та повторного обстеження до та після втручання ($p<0,05$);

□ – статистично значна різниця між відповідними параметрами ГД1 та ГД2 ($p<0,05$).

При повторному обстеженні визначено зменшення негативного впливу на якість життя за всіма шкалами ОНПР-14 (таблиця). Загальний бал у пацієнтів ГД1 покращився на 21,6%, ГД2 – 53,2% ($p < 0,05$).

Висновки. Програма фізичної терапії із застосуванням терапевтичних вправ, масажу, електроміостимуляції, пропріоцептивної нервово-м'язової фасилітації, кінезіологічного тейпування жувальних м'язів, щелепно-лицевої ділянки, шиї, прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном, навчання пацієнтів тривалістю 3 місяці у комбінації із застосуванням індивідуальних розвантажуючих кап продемонструвала статистично значуще покращення ($p < 0,05$) показників ОНПР-14 життя порівняно з вихідними даними та результатами групи, що корегувала дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба тільки індивідуальними капами.

Література:

1. Саєнко О. В., Аравіцька М. Г. Динаміка постімобілізаційних функціональних обмежень орофациальної зони у пацієнтів після перелому нижньої щелепи під впливом реабілітаційних засобів. *Art of Medicine*. 2023. № 4(28). С. 115–120. DOI: 10.21802/artm.2023.4.28.115
2. Саєнко О. В., Аравіцька М. Г. Оцінювання ефективності програми реабілітації хворих із дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба у постімобілізаційному періоді після переломів нижньої щелепи за показниками кінезіофобії та якості життя. *Health & Education*. 2023. № 4. С. 220–225. DOI <https://doi.org/10.32782/health-2023.4.31>
3. Beaumont S, Garg K, Gokhale A, Heaphy N. Temporomandibular Disorder: a practical guide for dental practitioners in diagnosis and management. *Aust Dent J*. 2020. № 65(3). P. 172–180. doi:10.1111/adj.12785
4. Bouloux GF, Chou J, DiFabio V, et al. The Contemporary Management of Temporomandibular Joint Intra-Articular Pain and Dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2024. № 82(6). P. 623–631. doi:10.1016/j.joms.2024.01.003