

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2026-2-ORSR-1>

УДК 616.314+616.724]-071.1-035-036.82-058]:001.53(=161.2)(045)

*Валентин Макєєв, Марта Шибінська**ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»,
м. Львів, Україна*

Анкети OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD, OHIP-5, їхні українські версії та порівняльна оцінка соціального та діагностичного значення у визначенні скронево-нижньощелепних розладів

Актуальність. Скронево-нижньощелепні розлади (СНР) належать до найбільш поширених і водночас складних патологій зубощелепної системи, що за різними оцінками вражають приблизно 35 % населення світу. Актуальність цієї проблеми визначається не лише наявністю фізичного болю та функціональних порушень, але й її вираженими біопсихосоціальними наслідками. Хронічний біль, пов'язаний із СНР, часто супроводжується супутніми станами, зокрема депресією, порушеннями сну, тинітусом і синдромом хронічної втоми. Відсутність фахово перекладених на українську мову версій міжнародно визнаних опитувальників серії Oral Health Impact Profile (OHIP) обмежує можливості ранньої діагностики та об'єктивного моніторингу ефективності терапії. Таким чином, адаптація та порівняльний аналіз різних форм опитувальників OHIP є стратегічно важливим завданням для вітчизняної стоматологічної практики.

Мета. Наукове обґрунтування та представлення фахового українського перекладу серії опитувальників «Профіль впливу стоматологічного здоров'я» (OHIP) у різних модифікаціях — від повної форми OHIP-49 до ультракороткої OHIP-5 та OHIP-14, а також спеціалізованої версії OHIP-TMD. Дослідження спрямоване на проведення комплексного порівняльного аналізу адекватності, об'єктивності та діагностичної цінності цих інструментів у контексті виявлення та моніторингу СНР.

Матеріали і методи. Проведено критичний огляд 128 джерел науково-медичної інформації, індексованих у провідних міжнародних базах даних: Web of Science, Google Scholar, та Index Copernicus. З них відібрано 47 публікацій, що стосуються теми дослідження.

Результати. Глобальна поширеність СНР становить близько 35 %, при цьому жінки віком 20–40 років є найбільш вразливою групою. Дослідження OPERA продемонструвало, що щорічна частота виникнення нових випадків больового СНР серед дорослих 18–44 років становить 4 %, але кількість осіб, що повідомляють про доклінічні симптоми, сягає 19 %. Така значна розбіжність між клінічно підтвердженим діагнозом за критеріями DC/TMD та суб'єктивним відчуттям болю пацієнтом створює «сіру зону» в діагностиці, де опитувальники якості життя стають незамінними.

Висновки. Порівняльний аналіз підтверджує, що для глибоких клінічних та академічних досліджень найбільш доцільним є застосування OHIP-49 або спеціалізованої форми OHIP-TMD, які мають найвищу чутливість до специфічних симптомів суглобової дисфункції. OHIP-14 та OHIP-5 є оптимальними інструментами для амбулаторної практики завдяки високій кореляції з повною версією при мінімальних витратах часу, що забезпечує високу готовність до співпраці з боку пацієнтів. Впровадження цих опитувальників у клінічну практику сприятиме реалізації біопсихосоціального підходу в стоматології, покращенню ранньої діагностики СНР та підвищенню ефективності моніторингу результатів лікування.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні розлади, діагностика, OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD, OHIP-5, українська версія.

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



Вступ

Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), або скронево-нижньощелепні розлади (СНР) — це узагальнюючий термін для групи м'язово-скелетних розладів, що супроводжуються болем та/або дисфункцією жувальних м'язів, СНЩС та пов'язаних структур [1, 2].

Хоча СНР визначаються болем і дисфункцією в орофациальній області, поширеними супутніми болючими та безболісними станами є: головні болі, фіброміалгія, синдром подразненого кишечника, тинітус, синдром хронічної втоми, депресія та порушення сну [3–6]. Як і при багатьох видах хронічного болю, останні дослідження підтверджують біопсихосоціальний характер болючих СНР (міалгія та/або артралгія) та їх взаємозв'язок із загальним здоров'ям [7].

Окрім того, що біль при СНР є найпоширенішим типом неондонтогенного орофациального болю, він є головним стимулом для звернення по медичну допомогу [8, 9], суттєво збільшує витрати на охорону здоров'я [10, 11] і знижує якість життя [12]. Шляхи надання допомоги, які підтримують ранню діагностику та лікування, ймовірно, покращують прогноз, якість життя та зменшують витрати на медичну допомогу для пацієнтів із СНР [10, 13, 14].

Велике проспективне когортне дослідження у США (дослідження OPPERA) показало, що щороку 4 % дорослих віком 18–44 роки, які раніше не мали СНР, розвивають клінічно підтверджену першу епізодичну болючість СНР, при цьому щорічна частота збільшується з віком (18–25 років — 2,5 %; 25–34 роки — 3,7 %; 35–44 роки — 4,5 %) [7].

Загалом, 19 % дорослих щороку повідомляли про перший епізод болю «СНР-симптом» (тобто орофациальний біль щонайменше 5 днів на місяць протягом одного або більше місяців). Однак більшість таких епізодів не вважалися доклінічними симптомами, оскільки учасники не відповідали Дослідницьким діагностичним критеріям для СНР (RDC/TMD) щодо міалгії та/або артралгії під час клінічного огляду [15].

У великому популяційному дослідженні серед підлітків віком 11–14 років щорічна частота клінічно підтвердженого болючого СНР становила 2 %, при цьому ще 10 % мали симптоми болю в обличчі, які не відповідали критеріям RDC/TMD для діагнозу болючої TMD (міалгія та/або артралгія) [16].

Інше дослідження підлітків віком 12–19 років повідомляло про 3 % щорічну частоту болючого СНР [17]. На відміну від дорослих, молоді підліткові дівчата мали вищий ризик розвитку ново-

го болючого СНР (OR = 2,0, 95 % CI 1,2–2,3) [16]. У підлітків віком 12–19 років частота була вищою у дівчаток, особливо з віком [17].

Велике популяційне дослідження із використанням RDC/TMD оцінило, що поширеність болючого СНР (міалгія та/або артралгія) серед дорослих віком 20–49 років становить 36 % [18].

Орієнтовна поширеність дегенеративного ураження суглоба при СНР, що також пов'язане з шумами СНЩС, становить 17 %. Варто зазначити, що внутрішні порушення (DD) СНЩС, передбачувана причина «кляцання» СНЩС, може бути нормальним анатомічним варіантом положення диска, оскільки його висока поширеність спостерігається серед асимптомних осіб [19].

Метааналіз неклінічних досліджень оцінив, що потреба в лікуванні СНР у дорослих становить 16 %, при цьому вищі значення спостерігалися у старших за віком осіб (≥ 46 років) та там, де потреба оцінювалась клінічно (а не сприймалась учасниками) [20].

Отже, скронево-нижньощелепні розлади (СНР) — це різномірна група м'язово-скелетних станів, що уражають скронево-нижньощелепні суглоби, жувальні м'язи та пов'язані з ними структури [21]. Вони є серйозною проблемою громадського здоров'я з глобальною поширеністю близько 35 % і часто пов'язані з іншими хронічними больовими станами [21, 22]. Жінки віком 20–40 років особливо вразливі до СНР [23, 24].

Крім статі, гормональних та вікових чинників, на розвиток СНР також впливають генетика, травми, оральні звички та оклюзійні патології, порушення сну, соматичні симптоми та психологічний стрес [24–26].

Основні симптоми СНР включають: біль у суглобі та жувальних м'язах, біль голови, кляцання у СНЩС, блокування нижньої щелепи у відкритому або закритому положенні [26, 27]. Діагностичні критерії DC/TMD класифікують стани та симптоми на три категорії: внутрішньосуглобові (ID), больові (PT) та комбіновані (CT) [27, 28]. Доведено, що СНР суттєво погіршують загальний стан здоров'я [29–31], тоді як лікування (психологічне або оклюзійними апаратами) покращує якість життя пацієнтів [32].

Одним із найпоширеніших інструментів у дослідженнях СНР є OHIP-14 [29–31, 35, 36]. Проте як загальний інструмент він не враховує специфічні симптоми [33–36].

Для усунення цих недоліків Durham та співавтори [36, 37] розробили OHIP-TMD — спеціальний інструмент на 22 питання.

Проте факторний аналіз показав, що реальна структура OHIP складається з чотирьох вимірів:

«оральна функція», «орофаціальний біль», «орофаціальна естетика» та «психосоціальний вплив» [34, 38, 39], які були підтверджені подальшим аналізом [34–40].

Через сильні кореляції OHIP-49, OHIP-14 та OHIP-5 було рекомендовано застосовувати OHIP-5 у всіх нових дослідженнях [34–41].

В українських джерелах науково-медичної інформації нами не знайдено публікацій щодо представлення опитувальників OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD та OHIP-5 у фаховому перекладі українською мовою, що знижує можливості їх застосування в Україні, а їх застосування згадується тільки в окремих наукових публікаціях [42, 43, 44].

Мета. На підставі аналізу наукових публікацій здійснити порівняльний аналіз адекватності та об'єктивності опитувальників OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD та OHIP-5, а також забезпечити їх фаховий переклад українською мовою.

Методи дослідження

Опрацьовано 128 джерел науково-медичної інформації за темою дослідження, індексованих у науково-медичних базах Web of Science, Google Scholar, Index Copernicus. Відібрано 47 інформаційних джерел, які стосувалися опитувальників OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD та OHIP-5.

На підставі аналізу джерел науково-медичної інформації представлено їх порівняльний аналіз та здійснено фаховий переклад вказаних опитувальників українською мовою.

Результати дослідження та їх обговорення

Протокол OHIP-49 та його спеціалізовані модифікації OHIP-14 та OHIP-TMD призначені для комплексного дослідження суб'єктивного стану пацієнтів із розладами СНЩС.

Повна форма OHIP-49 (49 пунктів)

Оцініть, чи виникали у вас наступні проблеми через стан зубів, порожнини рота або щелеп протягом останнього місяця.

№	Домен та запитання	4	3	2	1	0
1. Обмеження функцій (Functional Limitation)						
1	Важко жувати будь-яку їжу?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Труднощі з вимовою деяких слів?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Помічали зуб, який виглядає «неправильно»?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ваш зовнішній вигляд погіршився через стан зубів/щелеп?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Чи відчували ви несвіжий подих?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Чи відчували ви, що смак їжі погіршився?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Чи застрягає їжа в зубах/щелепах?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Чи погіршилося ваше травлення?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Чи відчували ви, що протези (якщо є) погано прилягають?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Фізичний біль (Physical Pain)						
10	Чи відчували ви болісне ниття (ниючий біль)?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Чи боліла у вас щелепа?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Чи страждали ви на головні болі?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Чи відчували ви підвищену чутливість зубів?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Чи був у вас зубний біль?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Чи боліли у вас ясна?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Чи було вам некомфортно їсти будь-яку їжу?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Чи з'являлися болісні ділянки (натертості) у роті?	☐	☐	☐	☐	☐
18	Чи були ваші протези незручними (якщо є)?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Психологічний дискомфорт (Psychological Discomfort)						
19	Чи відчували ви занепокоєння через стан рота/щелеп?	☐	☐	☐	☐	☐
20	Чи почувалися ви сором'язливо?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Чи почувалися ви нещасними через стан порожнини рота?	☐	☐	☐	☐	☐

22	Чи відчували дискомфорт через свій зовнішній вигляд?	☐	☐	☐	☐	☐
23	Чи відчували ви напруження?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Фізична непрацездатність (Physical Disability)						
24	Ваша мова стала нечіткою?	☐	☐	☐	☐	☐
25	Чи відчували ви, що оточуючі вас не розуміють?	☐	☐	☐	☐	☐
26	Чи відчували ви менше смаку в їжі?	☐	☐	☐	☐	☐
27	Чи було вам важко чистити зуби?	☐	☐	☐	☐	☐
28	Чи доводилося вам уникати вживання деяких продуктів?	☐	☐	☐	☐	☐
29	Чи була ваша дієта незадовільною?	☐	☐	☐	☐	☐
30	Чи було важко їсти через проблеми з протезами (якщо є)?	☐	☐	☐	☐	☐
31	Чи доводилося вам уникати посмішок?	☐	☐	☐	☐	☐
32	Чи доводилося вам переривати прийом їжі?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Психологічна непрацездатність (Psychological Disability)						
33	Чи був ваш сон порушений?	☐	☐	☐	☐	☐
34	Чи почувалися ви засмученими?	☐	☐	☐	☐	☐
35	Чи було вам важко розслабитися?	☐	☐	☐	☐	☐
36	Чи відчували ви ознаки депресії?	☐	☐	☐	☐	☐
37	Чи погіршилася ваша здатність концентруватися?	☐	☐	☐	☐	☐
38	Чи почували ви ніяковість (було ніяково)?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Соціальна непрацездатність (Social Disability)						
39	Чи доводилося вам уникати виходів «у люди» (соціальних контактів)?	☐	☐	☐	☐	☐
40	Чи стали ви менш толерантними до інших людей?	☐	☐	☐	☐	☐
41	Чи виникали у вас труднощі у спілкуванні з іншими?	☐	☐	☐	☐	☐
42	Чи були ви дратівливими з оточуючими?	☐	☐	☐	☐	☐
43	Чи виникали труднощі при виконанні звичної роботи?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Обмеження можливостей (Handicap)						
44	Чи відчували ви, що ваше здоров'я в цілому погіршилося?	☐	☐	☐	☐	☐
45	Чи зазнали ви фінансових втрат через ці проблеми?	☐	☐	☐	☐	☐
46	Чи відчували ви нездатність насолоджуватися компанією людей?	☐	☐	☐	☐	☐
47	Чи відчували ви, що життя стало менш задовільним?	☐	☐	☐	☐	☐
48	Чи відчували ви повну нездатність нормально функціонувати?	☐	☐	☐	☐	☐
49	Чи відчували ви нездатність працювати на повну силу?	☐	☐	☐	☐	☐

Варіанти відповідей: 4 — дуже часто, 3 — часто, 2 — часом, 1 — майже ніколи, 0 — ніколи.

Шкала: 0–4 (0 = ніколи, 4 = дуже часто)

Максимальний бал: 196

Діапазони та розшифрування результатів:

- 0–49 → *Мінімальний вплив.* Пацієнт майже не відчуває жодного негативного ефекту від стану ротової порожнини. Фізичні, психологічні та соціальні аспекти майже не страждають. Жування, мова, усмішка, настрої — практично без обмежень.
- 50–98 → *Помірний вплив.* Пацієнт іноді відчуває дискомфорт. Може виникати біль під час їди, легкі проблеми з естетикою або сором'язливість при усмішці. Психологічний або соціальний вплив незначний, але помітний у деяких ситуаціях.
- 99–196 → *Виражений вплив.* Пацієнт регулярно відчуває біль, фізичні та соціальні обмеження. Може уникати певної їжі, соромитися спілкування, мати значний психологічний стрес.

Коротка форма ОНІР-14 (14 пунктів)

Оцініть, чи виникали у вас такі проблеми через стан зубів, порожнини рота або щелеп протягом останнього місяця.

№	Запитання	4	3	2	1	0
1	Труднощі з вимовою слів?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Погіршення смакових відчуттів?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ниючий біль у роті?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Дискомфорт при вживанні їжі?	☐	☐	☐	☐	☐

5	Відчуття ніяковості/сором'язливості?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Відчуття напруження?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Незадовільна дієта?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Переривання прийому їжі?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Важко розслабитися?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Почуття розгубленості/сорому?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Дратівливість з оточуючими?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Труднощі у повсякденних справах?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Життя в цілому менш задовільне?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Повна нездатність функціонувати?	☐	☐	☐	☐	☐

Для швидкого скринінгу та порівняння з загальними стоматологічними даними.

Варіанти відповідей: 4 — дуже часто, 3 — часто, 2 — часом, 1 — майже ніколи, 0 — ніколи.

Шкала: 0–4 (0 = ніколи, 4 = дуже часто)

Максимальний бал: 56

Діапазони та розшифрування результатів:

- 0–14 → *Мінімальний вплив.* Пацієнт майже не відчуває дискомфорту. Жування, мова, усмішка, психологічний та соціальний стан практично без обмежень.

- 15–28 → *Помірний вплив.* Іноді виникають біль або дискомфорт. Можливі легкі психологічні чи соціальні обмеження, наприклад сором'язливість при усмішці або невеликий дискомфорт під час їди. Потреба у лікуванні або корекції помірною.

- 29–56 → *Виражений вплив.* Пацієнт регулярно відчуває біль або дискомфорт. Виникають помітні соціальні та психологічні обмеження. Стан ротової порожнини значно погіршує якість життя.

Спеціалізований опитувальник OHIP-TMD (22 пункти)

Цей блок є найбільш чутливим для пацієнтів із розладами СНЩС. Будь ласка, вкажіть, чи відчували ви такі симптоми протягом останнього місяця.

№	Питання щодо якості життя та функцій	4	3	2	1	0
1	Чи виникали у вас труднощі при жуванні будь-якої їжі?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Чи виникали у вас труднощі при відкриванні або закриванні рота?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Чи відчували ви болісне ниття (ниючий біль) у роті?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Чи відчували ви біль у щелепі?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Чи страждали ви на головні болі?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Чи відчували ви дискомфорт під час прийому їжі?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Чи відчували ви біль під час розмови через проблеми з щелепою чи зубами?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Чи викликали у вас занепокоєння (проблеми) з зубами або щелепою?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Чи відчували ви ніяковість або сором'язливість через стан ротової порожнини?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Чи почувалися ви пригнічено через проблеми з щелепою чи зубами?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Чи відчували ви напруження через наявні проблеми?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Чи доводилося вам уникати вживання деяких продуктів?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Чи доводилося вам переривати прийом їжі через дискомфорт?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Чи був ваш сон порушений через ці проблеми?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Чи почувалися ви засмученими?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Чи було вам важко розслабитися?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Чи відчували ви ознаки депресії через стан порожнини рота?	☐	☐	☐	☐	☐
18	Чи помічали ви, що ваша здатність концентруватися погіршилася?	☐	☐	☐	☐	☐
19	Чи були ви дещо дратівливими у спілкуванні з іншими людьми?	☐	☐	☐	☐	☐
20	Чи виникали у вас труднощі при виконанні звичної роботи?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Чи відчували ви, що життя в цілому стало менш задовільним?	☐	☐	☐	☐	☐
22	Чи відчували ви нездатність працювати на повну силу?	☐	☐	☐	☐	☐

Варіанти відповідей: 4 — дуже часто, 3 — часто, 2 — часом, 1 — майже ніколи, 0 — ніколи.

Шкала: 0–4 (0 = ніколи, 4 = дуже часто)

Кількість питань: 22

Максимальний бал: 88

Діапазони та розшифрування результатів:

- 0–22 → *Низький вплив*. Практично немає дискомфорту. Фізичні, психологічні та соціальні аспекти майже не страждають.
- 23–44 → *Помірний вплив*. Пацієнт іноді відчуває біль, психологічний дискомфорт або легкі соціальні обмеження. Може потребувати лікування або контролю.
- 45–66 → *Значний вплив*. Постійний або частий дискомфорт, обмеження в харчуванні, мовленні, спілкуванні. Якість життя помітно погіршена.
- 67–88 → *Дуже високий вплив*. Постійний сильний біль або дискомфорт. Виражені соціальні, психологічні та фізичні обмеження. Пацієнту потрібне термінове або активне лікування для покращення якості життя.

Науково-практичний опитувальний ОНІР-5

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта: _____

Вік: _____ Стать: М / Ж Дата заповнення: «____» _____ 20____ р.

Інструкція для пацієнта:

Нижче наведено запитання про те, як стан Ваших зубів, порожнини рота або зубних протезів впливав на Ваше повсякденне життя протягом останнього місяця. Будь ласка, поставте позначку «х» у тій графі, яка найбільш точно відображає Ваш досвід.

№	Запитання	Ніколи (0)	Майже ніколи (1)	Часом (2)	Досить часто (3)	Дуже часто (4)
1	Чи виникали у Вас труднощі при жуванні будь-якої їжі через проблеми з Вашими зубами, порожниною рота або протезами?					
2	Чи відчували Ви ниючий біль у порожнині рота?					
3	Чи відчували Ви дискомфорт через зовнішній вигляд Ваших зубів, порожнини рота або протезів?					
4	Чи відчували Ви, що смак їжі став гіршим через проблеми з Вашими зубами, порожниною рота або протезами?					
5	Чи виникали у Вас труднощі під час виконання Вашої звичної роботи або повсякденних справ через проблеми з Вашими зубами, порожниною рота або протезами?					

Оцінювання відповідей здійснюється за 5-бальною шкалою Лайкерта, де бали розподіляються від 0 до 4.

Варіант відповіді	Бали	Опис частоти впливу
Ніколи (Never)	0	Відсутність будь-якого негативного впливу.
Майже ніколи (Hardly ever)	1	Епізодичні випадки, що не впливають на загальний стан.
Часом (Occasionally)	2	Періодичне виникнення дискомфорту.
Досить часто (Fairly often)	3	Регулярний негативний вплив на життєдіяльність.
Дуже часто (Very often)	4	Постійний дискомфорт, що значно погіршує якість життя.

Розрахунок сумарного бала та рівні порушення

Сумарний бал ОНІР-5 варіюється від 0 до 20.

- 0–2 бали (*низький рівень*): Стоматологічне здоров'я практично не впливає на якість життя.
- 3–8 балів (*помірний рівень*): Наявні виражені проблеми в окремих доменах (наприклад, біль або естетичний дискомфорт).
- 9–20 балів (*високий рівень*): Критичне зниження якості життя, що потребує комплексного стоматологічного втручання та, можливо, психологічної підтримки.

**Порівняльна оцінка функціональності
опитувальників OHIP-49, OHIP-14 та OHIP-5**

Показник	OHIP-49	OHIP-14	OHIP-5
Кількість запитань	49	14	5
Теоретична основа	Модель Локера (7 доменів)	Модель Локера (7 доменів)	4 Виміри OHRQoL
Час заповнення (хв)	10–15	3–5	< 1
Кореляція з повною версією	1,00	0,91–0,98	0,90
Основна сфера застосування	Академічні дослідження	Клінічні дослідження	Загальна практика, скринінг

Структурний аналіз пунктів української версії OHIP-5

Кожен пункт OHIP-5 відповідає конкретному виміру OHRQoL та має власну діагностичну цінність [46].

- Питання 1: Труднощі при жуванні (Жувальна функція). Відображає вимір «Оральна функція». Це найбільш фундаментальний показник стоматологічного здоров'я. Труднощі при жуванні корелюють із втратою зубів, наявністю каріозних порожнин та незадовільною фіксацією протезів [45].

- Питання 2: Ниючий біль (Орофациальний біль). Відображає вимір «Орофациальний біль». Біль є головним драйвером звернення за медичною допомогою. У дослідженні OHIP-5 саме цей пункт часто має найвищу поширеність серед пацієнтів стоматологічних клінік [39].

- Питання 3: Дискомфорт через зовнішній вигляд (Естетика). Відображає вимір «Орофациальний вигляд» (орофациальна естетика). Цей пункт оцінює психологічний дискомфорт, пов'язаний з естетикою зубів, що є критичним для самооцінки пацієнта та його соціальної активності [46].

- Питання 4: Погіршення смаку (Сенсорна функція). Також відноситься до виміру «Оральна функція», але з акцентом на сенсорні аспекти. Часто цей симптом спостерігається у пацієнтів із повними знімними протезами, що перекривають піднебіння, або при захворюваннях слизової оболонки [39].

- Питання 5: Труднощі у роботі (Психосоціальний вплив). Відображає вимір «Психосоціальний вплив». Це інтегральний показник, що вказує на

нездатність пацієнта повноцінно функціонувати в суспільстві через стоматологічні проблеми. Він демонструє вищий рівень дезадаптації порівняно з просто болем [46].

Таким чином, представлено опитувальники OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD та OHIP-5 у їхньому фаховому українському перекладі, а на основі аналізу джерел науково-медичної інформації здійснено їхню порівняльну оцінку щодо можливостей доклінічної діагностики та оцінки стану пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами.

Висновки

Уперше представлено фаховий український переклад оригінальних англійських анкет-опитувальників OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD та OHIP-5. Ці інструменти широко застосовуються в міжнародних соціологічних і клініко-діагностичних дослідженнях для визначення поширеності скронево-нижньощелепних розладів (СНР), проте досі були малозадіяні в Україні, попри їх високу діагностичну цінність, підтверджену численними науковими працями.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію

Автори ознайомлені з результатами і схвалили остаточний варіант рукопису.

Використання штучного інтелекту

Автори стверджують, що під час написання статті штучний інтелект не використовувався.

ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. American Academy of Orofacial Pain. (1996). *Guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Quintessence Publishing.
2. List, T. & Jensen, R. H. (2017). Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*, 37, 692–704. DOI: <https://doi.org/10.1177/0333102416686302>.
3. Hoffmann, R. G. et al. (2011). Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain*, 27, 268–274. DOI: <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31820215f5>.

4. Aaron, L. A., Burke, M. M. & Buchwald, D. (2000). Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med*, 160, 221–227. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.2.221>.
5. Maixner, W., Fillingim, R. B., Williams, D. A., Smith, S. B. & Slade, G. D. (2016). Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*, 17, 93–107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>.
6. Bair E et al. (2013). Multivariable modeling of phenotypic risk factors for first-onset TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain*, 14, 102–115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.09.003>.
7. Slade, G. D. et al. (2013). Summary of findings from the OPPERA prospective cohort study of incidence of first-onset temporomandibular disorder: implications and future directions. *J Pain*, 14, 116–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.09.010>.
8. List, T., Wahlund, K., Wenneberg, B. & Dworkin, S. F. (1999). TMD in children and adolescents: Prevalence of pain, gender differences, and perceived treatment need. *J Orofac Pain*, 13, 9–20. PMID: 10425964.
9. De Kanter RJAM et al. (1993). Prevalence in the Dutch Adult Population and a Meta-analysis of Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorder. *J Dent Res*, 72, 1509–1518. DOI: <https://doi.org/10.1177/00220345930720110901>.
10. Durham, J. et al. (2016). Healthcare Cost and Impact of Persistent Orofacial Pain. *J Dent Res*, 95, 1147–1154. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034516648088>.
11. White, B. A., Williams, L. A. & Leben, J. R. (2001). Health care utilization and cost among health maintenance organization members with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*, 15(2), 158–169. PMID: 11443827.
12. Dahlstrom, L. & Carlsson, G. E. (2010). Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand*, 68, 80–85. DOI: <https://doi.org/10.3109/00016350903431118>.
13. Durham, J. et al. (2014). Developing Effective and Efficient care pathways in chronic Pain: DEEP study protocol. *BMC Oral Health*, 14, 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-6>.
14. Durham, J., Steele, J. G., Wassell, R. W. & Exley, C. (2010). Living with uncertainty: Temporomandibular disorders. *J Dent Res*, 89, 827–830. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034510368648>.
15. Slade, G. D. et al. (2023). Preclinical episodes of orofacial pain symptoms and their association with health care behaviors in the OPPERA prospective cohort study. *J Pain*, 154, 750–760. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.01.014>.
16. Le Resche, L., Mancl, L. A., Drangsholt, M. T., Huang, G. & Korff, M. Von. (2007). Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *J Pain*, 129, 269–278. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.10.012>.
17. Nilsson, I.-M. (2007). Reliability, validity, incidence and impact of temporomandibular pain disorders in adolescents. *Swedish Dent J*, 183, 7–86. PMID: 17506471.
18. Progiante, P. et al. (2015). Prevalence of Temporomandibular Disorders in an Adult Brazilian Community Population Using the Research Diagnostic Criteria (Axes I and II) for Temporomandibular Disorders (The Maringá Study). *Int J Prosthodont*, 28, 600–609. DOI: <https://doi.org/10.11607/ijp.4026>.
19. Türp, J. C., Schlenker, A., Schröder, J., Essig, M. & Schmitter, M. (2016). Disk displacement, eccentric condylar position, osteoarthritis—misnomers for variations of normality? Results and interpretations from an MRI study in two age cohorts. *BMC Oral Health*, 16, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0319-4>.
20. Al-Jundi, M. A., John, M. T., Setz, J. M., Szentpétery, A. & Kuss, O. (2008). Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. *Heal Serv Needs Demand*, 22, 97–107. PMID: 18548838.
21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Health Sciences Policy, & Committee on Temporomandibular Disorders (TMDs). (2020). *Temporomandibular disorders: Priorities for research and care*. O. Yost, C. T. Liverman, R. English, S. Mackey, & E. C. Bond (Eds.). National Academies Press.
22. Zieliński, G., Pająk-Zielińska, B. and Ginszt, M. (2024). A Meta-Analysis of the Global Prevalence of Temporomandibular Disorders. *J Clin Med*, 13(5), 1365. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13051365>.
23. Bueno, C. H., Pereira, D. D., Pattussi, M. P., Grossi, P. K., & Grossi, M. L. (2018). Gender Differences in Temporomandibular Disorders in Adult Populational Studies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Rehabil*, 45(9), 720–729. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.12661>.
24. Warzocha, J., Gadomska-Krasny, J., & Mrowiec, J. (2024). Etiologic Factors of Temporomandibular Disorders: A Systematic Review of Literature Containing Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) and Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) From 2018 to 2022. *Healthcare (Basel)*, 12(5), 575. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12050575>.
25. Da-Cas C. D., Valesan, L. F., Nascimento, L. P. D., et al. (2024). Risk Factors for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review of Cohort Studies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 138(4), 502–515. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2024.06.007>.
26. Ryan, J., Akhter, R., Hassan, N., Hilton, G., Wickham, J., & Ibaragi S. (2019). Epidemiology of Temporomandibular Disorder in the General Population: A Systematic Review. *Advances in Dentistry & Oral Health*, 10, 555787. DOI: <https://doi.org/10.19080/ADOH.2019.10.555787>.

27. Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., et al. (2024). 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*, 28(1), 6–27. DOI: <https://doi.org/10.11607/jop.1151>.
28. Yap, A. U., Lei, J., Fu, K. Y., Kim, S. H., Lee, B. M., & Park, J. W. (2023). DC/TMD Axis I Diagnostic Subtypes in TMD Patients From Confucian Heritage Cultures: A Stratified Reporting Framework. *Clinical Oral Investigations*, 27(8), 4459–4470. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05067-2>.
29. AlSahman, L., AlBagieh, H., & AlSahman, R. (2024). Oral Health-Related Quality of Life in Temporomandibular Disorder Patients and Healthy Subjects—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 14(19), 2183. DOI: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.850.2183>.
30. Pigozzi, L. B., Pereira, D. D., Pattussi, M. P., et al. (2021). Quality of Life in Young and Middle Age Adult Temporomandibular Disorders Patients and Asymptomatic Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 83. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01727-7>.
31. Bitiniene, D., Zamaliauskiene, R., Kubilius, R., Leketas, M., Gailius, T., & Smirnovaite, K. (2018). Quality of Life in Patients With Temporomandibular Disorders. *A Systematic Review. Stomatologija*, 20(1), 3–9. PMID: 29806652.
32. Song, Y. L., & Yap, A. U. (2018). Outcomes of Therapeutic TMD Interventions on Oral Health Related Quality of Life: A Qualitative Systematic Review. *Quintessence Int*, 49(6), 487–496. DOI: <https://doi.org/10.3290/j.qi.a40340>.
33. Yap, A. U., Qiu, L. Y., Natu, V. P., & Wong, M. C. (2020). Functional, Physical and Psychosocial Impact of Temporomandibular Disorders in Adolescents and Young Adults. *Med Oral, Patol Oral Cir Bucal*, 25(2), e188–e194. DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.23298>.
34. John, M. T., Omara, M., Su, N., et al. (2022). Recommendations for Use and Scoring of Oral Health Impact Profile Versions. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 22(1), 101619. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2021.101619>.
35. Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral Health-Related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>.
36. Durham, J., Steele, J. G., Wassell, R. W., et al. (2011). Creating a Patient Based Condition-Specific Outcome Measure for Temporomandibular Disorders (TMDs): Oral Health Impact Profile for TMDs (OHIP-TMDs). *J Oral Rehabil*, 38(12), 871–883. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02233.x>.
37. Yule, P. L., Durham, J., Playford, H., et al. (2015). OHIP-TMDs: A Patient Reported Outcome Measure for Temporomandibular Disorders. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(5), 461–470. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12171>.
38. Baker, S. R., Gibson, B., & Locker, D. (2008). Is the Oral Health Impact Profile Measuring Up? Investigating the Scale's Construct Validity Using Structural Equation Modelling. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(6), 532–541. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00440.x>.
39. John, M. T., Reissmann, D. R., Feuerstahler, L., et al. (2014). Exploratory Factor Analysis of the Oral Health Impact Profile. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(9), 635–643. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.12192>.
40. John, M. T., Renner-Sitar, K., Baba, K., et al. (2026). Patterns of Impaired Oral Health-Related Quality of Life Dimensions. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(7), 519–527. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.12396>.
41. John, M. T. (2022). Standardization of Dental Patient-Reported Outcomes Measurement Using OHIP-5 — Validation of “Recommendations for Use and Scoring of Oral Health Impact Profile Versions”. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 22(15), 101645. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2021.101645>.
42. Lyakhovska, A., Smaglyuk, L., & Pekhnyo, V. (2025). Assessment of patients' quality of life depending on the condition of the dentofacial system. *Actual Problems of Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 25(1), 220–225. [Ляховська А.В., Смаглюк Л.В., Пехньо В.В. (2025). Залежність якості оцінки життя пацієнтів від стану зубо-щелепної системи. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*, 25(1), 220–225]. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.25.1.220>. [in Ukrainian].
43. Klochan, S. M. (2021). Assessment of the prevalence of the clinical subgroups of temporo-mandibular disorders in the examined adults, their gender and age distribution. *Stomatological Bulletin*, 115(2), 46–52. [Клочан, С. (2021). Оцінка поширеності клінічних підгруп скронево-нижньощелепних розладів в обстежених дорослих, їх гендерний та віковий розподіл. *Вісник стоматології*, 115(2), 46–52]. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2021-40-2.9> [in Ukrainian].
44. Bezkorovaina, L., & Zhehulovych, Z. (2023). Some aspects of the etiology, prevalence and diagnosis of the temporo-mandibular joint dysfunction. *Medical Science of Ukraine*, 19(2), 111–121. [Безкоровайна Л. П., Жегулович З. Є. (2023). Окремі аспекти етіології поширеності та діагностики дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. *Медична наука України*, 19 (2), 111–121]. DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2023.15> [in Ukrainian].
45. Kriachkova, L. V., Korobko, M. Y., Kyi-Kokarieva, V. G., Borvinko, E. V., Zaitsev, V. V., Gopak-Durie, H. (2022). Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. *Wiad Lek*, 75(5 pt 1), 1156–1161. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202205119>.
46. Amruta Naik, Mike T John, Nidhi Kohli, Karl Self, Priscilla Flynn. (2016). Validation of the English-language version of 5-item Oral Health, Impact Profile. *J Prosthodont Res*, 60(2), 85–91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2015.12.003>.

OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD, and OHIP-5 Questionnaires, Their Ukrainian Versions and a Comparative Assessment of Social and Diagnostic Value in Determining Temporomandibular Disorders

Makeyev, V., Shybinska, M.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Background. Temporomandibular disorders (TMDs) are among the most common and complex pathologies of the stomatognathic system, affecting approximately 35% of the global population according to various estimates. The relevance of this issue is determined not only by the presence of physical pain and functional impairments but also by its pronounced biopsychosocial consequences. Chronic pain associated with TMDs is often accompanied by comorbid conditions, including depression, sleep disturbances, tinnitus, and chronic fatigue syndrome. The lack of professionally translated Ukrainian versions of the internationally recognized Oral Health Impact Profile (OHIP) series questionnaires limits the possibilities for early diagnosis and objective monitoring of therapy effectiveness. Therefore, the adaptation and comparative analysis of different forms of the OHIP questionnaires represent a strategically important task for domestic dental practice.

Objective. To scientifically substantiate and present a professional Ukrainian translation of the Oral Health Impact Profile (OHIP) questionnaire series in various modifications—ranging from the full-length OHIP-49 to the ultra-short OHIP-5 and OHIP-14, as well as the specialized OHIP-TMD version. The study aims to conduct a comprehensive comparative analysis of the adequacy, objectivity, and diagnostic value of these tools in the context of identifying and monitoring TMDs.

Materials and Methods. A critical review of 128 sources of scientific and medical information indexed in leading international databases (Web of Science, Google Scholar, and Index Copernicus) was conducted. From these, 47 publications directly relevant to the research topic were selected.

Results. The global prevalence of TMDs is approximately 35%, with women aged 20–40 being the most vulnerable group. The OPPERA study demonstrated that the annual incidence of new painful TMD cases among adults aged 18–44 is 4%, while the number of individuals reporting preclinical symptoms reaches 19%. This significant discrepancy between a clinically confirmed diagnosis based on the DC/TMD criteria and the patient's subjective perception of pain creates a “gray zone” in diagnostics, where quality of life questionnaires become indispensable.

Conclusions. Comparative analysis confirms that for in-depth clinical and academic research, the use of OHIP-49 or the specialized OHIP-TMD form is most appropriate, as they exhibit the highest sensitivity to specific symptoms of joint dysfunction. OHIP-14 and OHIP-5 serve as optimal tools for outpatient practice due to their high correlation with the full-length version and minimal time requirements, which ensures high patient compliance. The implementation of these questionnaires into clinical practice will facilitate the execution of a biopsychosocial approach in dentistry, enhance the early diagnosis of TMDs, and improve the efficiency of monitoring treatment outcomes.

Keywords: temporomandibular disorders, diagnostics, OHIP-49, OHIP-14, OHIP-TMD, OHIP-5, Ukrainian version.

Стаття: надійшла до редакції 02.03.2026 р.;
прийнята до друку 15.04.2026 р.;
опубліковано 26.05.2026 р.

Макєєв Валентин Федорович

доктор медичних наук, професор кафедри
ортопедичної стоматології
ДНП «Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького»,
м. Львів, Україна

 <https://orcid.org/0000-0003-4841-8441>

Шибінська Марта Володимирівна

аспірант кафедри ортопедичної стоматології
ДНТ «Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького»,
м. Львів, Україна

 <https://orcid.org/0009-0000-9150-7947>