



Міністерство охорони здоров'я України  
Національний фармацевтичний університет  
Кафедра фізичної реабілітації і здоров'я  
Навчально-науковий інститут терапії та  
реабілітації Національного фармацевтичного  
університету (Філія)



Громадська організація реабілітологів  
Медичний центр фізичної реабілітації «FIZIO»



## **«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»**

**Збірник тез V Всеукраїнської конференції**



**20 березня 2026 року, м. Харків**



## ПОСТУРАЛЬНА СТАБІЛІЗАЦІЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

*Черняк Я. К., Баннікова Р. О.*

*Національний університет фізичного виховання і спорту України,*

*м. Київ, Україна,*

*chernyakyana837@gmail.com*

**Вступ.** Синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є поширеним патологічним станом, що характеризується болем у ділянці суглоба, обмеженням рухів нижньої щелепи, клацанням та хрустом при жуванні. Серед чинників, що сприяють виникненню та персистенції цієї дисфункції, особливої уваги заслуговує порушення постуральної стабілізації— здатності нервово-м'язової системи утримувати тіло у рівновазі та оптимальному вертикальному положенні. Анатомічна та функціональна взаємозалежність між положенням голови, шийного відділу хребта і нижньої щелепи зумовлює тісний зв'язок між постуральним балансом і станом жувального апарату. Порушення цервікальної постури (зокрема, форвард-хед постура) веде до зміни тонуусу жувальних та під'язикових м'язів, що провокує суглобову дисфункцію і хронізацію болю. Проте питання ефективності цілеспрямованих постуральних втручань у складі програм фізичної терапії при дисфункції СНЩС залишається недостатньо вивченим.

**Мета.** Оцінити вплив постуральних втручань як складової компоненти програми фізичної терапії на функціональний стан пацієнтів із синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів віком 20–45 років із підтвердженим діагнозом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (за критеріями Research Diagnostic Criteria for TMD). Пацієнтів розподілили на дві групи: основну (n=30), яка отримувала програму фізичної терапії з постуральною стабілізацією, та групу порівняння (n=30), яка проходила стандартне відновне лікування без постуральних втручань. Програма фізичної терапії для основної групи включала мобілізацію шийного відділу хребта та скронево-нижньощелепного суглоба, постуральні вправи за методикою глибокої стабілізації, міофасціальне розслаблення жувальних і цервікальних м'язів, а також навчання правильному постуральному контролю в повсякденній діяльності. Тривалість курсу становила 6 тижнів (по 3 сеанси на тиждень). Вимірювання проводили до і після курсу за такими інструментами: візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), максимальне відкривання рота (МВР, мм), Індекс дисфункції за Helkimo, опитувальник ОНІР-14 для оцінки якості



життя, пов'язаної з оральним здоров'ям. Електроміографічне дослідження (ЕМГ) жувальних та скроневих м'язів виконували за допомогою апарату NeuroTrac MyoPlus 4. Статистичну обробку здійснювали з використанням t-критерію Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

**Результати.** Обидві групи були порівнянними за демографічними показниками (середній вік основної групи —  $31,4 \pm 6,2$  роки, групи порівняння —  $32,1 \pm 5,8$  років; жінки —  $73,3\%$ ). За ВАШ больовий синдром в основній групі знизився з  $6,8 \pm 1,2$  до  $2,4 \pm 0,9$  балів (на  $64,7\%$ ,  $p < 0,05$ ), у групі порівняння — з  $6,6 \pm 1,3$  до  $4,1 \pm 1,0$  балів (на  $37,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Максимальне відкривання рота в основній групі зросло з  $31,4 \pm 3,2$  до  $42,7 \pm 2,8$  мм (приріст  $35,9\%$ ,  $p < 0,05$ ) проти змін з  $31,8 \pm 3,0$  до  $37,2 \pm 2,6$  мм у групі порівняння ( $17,0\%$ ,  $p < 0,05$ ); нормативного значення понад 40 мм досягли  $76,7\%$  пацієнтів основної групи проти  $43,3\%$  у групі порівняння. За Індексом дисфункції Helkimo тяжкий ступінь (Dis III), що до відновного лікування фіксувався у  $60,0\%$  пацієнтів основної групи, після курсу терапії зберігся лише у  $6,7\%$  (відсутність дисфункції — у  $26,7\%$ ); у групі порівняння — у  $23,3\%$  та  $10,0\%$  відповідно.

За даними ЕМГ (NeuroTrac MyoPlus 4) в основній групі амплітуда жувального м'яза у спокої знизилась з  $18,4 \pm 3,1$  до  $8,2 \pm 2,0$  мкВ ( $p < 0,05$ ), коефіцієнт асиметрії скорочення — з  $0,38 \pm 0,07$  до  $0,14 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ); у групі порівняння — до  $12,6 \pm 2,4$  мкВ та  $0,24 \pm 0,06$  відповідно. Загальний бал ОНІР-14 в основній групі зменшився з  $38,6 \pm 5,4$  до  $14,2 \pm 3,8$  балів (на  $63,2\%$ ,  $p < 0,05$ ) проти зниження з  $37,9 \pm 5,1$  до  $24,3 \pm 4,2$  балів у групі порівняння (на  $35,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Краніовертебральний кут в основній групі збільшився з  $44,2 \pm 3,8^\circ$  до  $52,6 \pm 2,9^\circ$  ( $p < 0,05$ ), досягнувши нормативних значень ( $> 50^\circ$ ), тоді як у групі порівняння значущої динаміки не спостерігалось ( $45,1 \pm 3,6^\circ$  та  $46,8 \pm 3,3^\circ$ ,  $p > 0,05$ ). Отримані результати підтверджують, що постуральна стабілізація усуває ключові патогенетичні механізми дисфункції СНЩС — хронічне м'язове перенавантаження та форвард-хед постуру, — забезпечуючи достовірно кращі клінічні результати порівняно зі стандартним відновним лікуванням.

**Висновки.** Застосування програми фізичної терапії, що включає постуральну стабілізацію, є більш ефективним порівняно зі стандартним відновним лікуванням при синдромі дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: забезпечує достовірніше зниження больового синдрому, відновлення обсягу рухів нижньої щелепи та покращення якості життя пацієнтів. Тому постуральна стабілізація має бути невід'ємним складовим компонентом мультидисциплінарного підходу до реабілітації пацієнтів із зазначеною патологією.