

психосоматическим состоянием наиболее ярко проявилось в уменьшении интенсивности болевого компонента и распространенности отека мягких тканей в 97,77 % случаев. Выраженная симптоматика, соответствующая двум и трем баллам по оценочной шкале, наблюдалась в двух случаях (2,22 %) у больных с дермоидными кистами (табл. 4).

В результате комплексного лечения ширина послеоперационного рубца через 1 год после операции соответствовала 1мм - у 42 больных (62,68 %), 1-3мм - у 23 (34,32 %) и более 3мм - у 2 (2,98 %), цвет рубцов был близок к цвету окружающей кожи, рубцы были мягкими, безболезненными.

В ходе проведения психосоматического лечения уровень тревожно-обсессивно-фобической реакции в начале лечения составил в среднем $6,31 \pm 0,084$ условных баллов (у.б.), а к седьмым суткам снизился до $2,77 \pm 0,43$ у.б. ($P < 0,001$). В одном случае изменений уровня тревожности не произошло (1,69%). В одном случае (1,69%) наблюдалась трансформация в гармоничную реакцию и в анозогнозическую реакции. Окончательное психологическое тестирование (2 месяца после операции) показало, что количество пациентов с тревожно-обсессивно-фобической реакцией сократилось до 9,78 %.

Проведенное нами исследование дает основание прийти к заключению, что тревожно-обсессивно-фобическое психосоматическое состояние является наиболее часто встречающимся у хирургических стоматологических больных, и оно может эффективно корректироваться. Использованный терапевтический комплекс привел к стабилизации артериального давления, к нормализации показателей свертывающей системы крови, снизил выраженность послеоперационного отека, болевой реакции, локальной температуры и, в конечном итоге, способствовал формированию эстетических послеоперационных рубцов.

Список литературы

1. **Cramer P.** The development of defense mechanisms / P. Cramer // Journal of Personality. –1987. – Vol. 55. – P.597 – 614.
2. **Dunbar H.F.** Psychosomatic Diagnosis / H.F. Dunbar. – N.Y., 1938. – P.30-32.
3. **Березин Ф.Б.** Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
4. **Аммон Г.** Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб: Речь, 2000. – С. 7-93.
5. **Карвасарский Б.Д.** Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л.: Медицина, 1982. – С.31-40; 139-158.
6. **Карвасарский Б.Д.** Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1991. – 448 с.

7. **Auerbach S.M.** Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation / S.M. Auerbach, M.F. Martelli, L.G. Mercuri // J. Pers. Soc Psychol. –1983. – Vol. 44, №6. –P.1284-1296.

8. **Klerman G.L.** Evaluating psychotherapy / G.L. Klerman // Amer. J. Psychiatr. – 1982. – №6. –P. 709 –713.

9. **Джерелей А.А.** Клинико-лабораторная оценка результатов прогнозирования и коррекции типов психологических реакций на хирургическое вмешательство у стоматологических больных: дис... канд. мед наук / А.А. Джерелей. - Симферополь, 2006. - С.30-31; 84-86.

Поступила 04.10.10.



УДК 616.724:616-018.2-07:617.721

**О. С. Воловар, В. О. Маланчук, д. мед. н.,
О. О. Крижанівська**

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ОРГАНІЗМУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА МЕТОДОМ ІРИДОДІАГНОСТИКИ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ СКЛЕР, ПАТОЛОГІЇ ОРГАНУ ЗОРУ

Наведені результати обстеження 175 пацієнтів, середній вік яких $25,3 \pm 7,6$ років.

Визначено іридогенетичні конституційні ознаки слабкості сполучної тканини (СТ) у пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепних суглобів: світлий колір очей, радіально-лакунарний конституціональний тип за Вельхвером Е.С., тип зі слабкістю СТ за Дек I, низька щільність стромы іриса (V ступінь), голубий колір склер, виражена судинна сітка, патологія органа зору.

Виявлено взаємозв'язок між структурно-функціональним станом СТ організму та виникненням дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних захворювань скронево-нижньощелепних суглобів.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, сполучна тканина, райдужна оболонка ока, іридодіагностика, склера, орган зору.

**О. С. Воловар, В. А. Маланчук,
О. А. Крыжановская**

Национальный медицинский университет

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ ОРГАНИЗМА
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
МЕТОДОМ ИРИДОДИАГНОСТИКИ,
С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ СКЛЕР,
ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ**

Приведены результаты обследования 175 пациентов, средний возраст которых 25,3±7,6.

Определены иридогенетические конституционные признаки слабости соединительной ткани (СТ) у пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов: светлый цвет глаз, радиально-лакунарный конституциональный тип по Вельховер Е.С., тип со слабостью СТ по Deck I., низкая плотность стромы ириса (V степень), голубой цвет склер, выраженная сосудистая сетка, патология органа зрения.

Выявлена взаимосвязь между структурно-функциональным состоянием СТ организма и возникновением дегенеративно-дистрофических и деструктивно-воспалительных заболеваний височно-нижнечелюстных суставов.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, соединительная ткань, радужная оболочка глаза, иридодиагностика, склера, орган зрения.

**O. S. Volovar, V. A. Malanchuk,
O.A. Kryzhanivska**

National Medical University

**CLINICAL DESCRIPTION
OF THE CONNECTIVE TISSUE STATE
OF THE ORGANISM UNDER
THE TEMPORAMANDIBULAR JOINT
DISEASES BY MEANS
OF IRIDODIAGNOSTIC METHOD SUBJECT
TO THE STATE OF SCLERA, ORGAN
OF SIGHT PATHOLOGY**

Observation results of the 175 patients with the average age of 25.3±7.6 are presented in this article.

Iridogenetic constitutional signs of the connective tissue (CT) weakness in the patients with temporamandibular joint diseases have been determined: light color of eyes, radial-lacunar constitutional type after E.S. Velkhover, type with the connective tissue weakness after I. Deck, low density of iris stroma (V degree), blue color of sclera, expressed vasculature, organ of sight pathology.

We have found out the correlation between structural-functional state of CT of the organism and origin of degenerative dystrophic and destructive inflammatory diseases of temporamandibular joints.

Keywords: temporamandibular joint, connective tissue (CT), iris, iridodiagnostic, sclera, organ of sight.

Актуальність. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) продовжує залишатися однією з актуальних проблем стоматології, щелепно-лицевої хірургії. В останні роки їй присвячено багато епідеміологічних робіт, у яких звернено увагу на широку поширеність захворювань СНЩС у осіб різної статі та віку [1-3]. Останнім часом надають все більшого значення ролі дисплазії сполучної тканини (СТ) у формуванні патології СНЩС.

Актуальність проблеми дослідження стану СТ у хворих із патологією СНЩС обумовлена високою поширеністю дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних захворювань суглобів, відсутністю загальноприйнятого підходу в питаннях їх етіології та патогенезу [2-4].

Дослідження структурно-функціонального стану та якості СТ дозволяє з'ясувати у будь-якої людини розлади здоров'я, вади розвитку та деякі захворювання, що виникають на фоні спадково-схильної або набутої слабкості (неповноцінності) СТ організму, в тому числі, захворювання СНЩС [3-6].

Відомо, що райдужна оболонка (РО) ока являє собою унікальну структуру, на яку проектується всі органи організму людини та відображає вроджені вади, що пов'язані зі станом СТ і закріплені у генотипі до четвертого покоління включно [7, 8, 12]. Вона переважно складається зі структурних елементів СТ. Завдяки їх поверхневому розташуванню сполучнотканинна структура РО легкодоступна для огляду методом біомікроскопії. Іридологічні дослідження свідчать, що генетично детермінований стан СТ у цілому відображає конституціональний тип, щільність трабекулярних волокон, колір РО тощо [8-13].

У зв'язку з цим, нами запропоновано використовувати іридодіагностику як скринінг-методику, що дозволяє швидко, просто, нешкідливо, інформативно, безболісно, неінвазивно діагностувати генетично обумовлений структурно-функціональний стан та якість СТ у пацієнтів із захворюваннями СНЩС [15].

Мета роботи. Вивчити стан СТ у пацієнтів із захворюваннями СНЩС, виявити залежність виникнення дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних змін у суглобах від структурно-функціонального стану СТ організму, доповнити відомі традиційні способи діагностики генетично-схильної слабкості СТ.

Матеріали і методи. Обстежено 175 пацієнта (ч-38, ж-137), середній вік яких склав 25,3±7,6 років. Група порівняння складала 26 осіб (ч-13, ж-13) без патології СНЩС, середній вік яких 25,7±6,8 років. До основної групи увійшло 149 пацієнтів (ч-25, ж-124) із патологією СНЩС, середній вік яких 25,2±7,8 років, які перебували

на консультації та лікуванні в Стоматологічному медичному центрі НМУ імені О.О.Богомольця за період 2005-2010 років.

Всі пацієнти були обстежені за загальноприйнятою методикою. Додатково вивчали клінічні ознаки дисплазії СТ тканин ока та проводили іридодіагностику.

РО ока вивчали візуально (іридоскопія) незброєним оком і за допомогою лупи зі збільшенням у 6 разів (біомікроскопія), фотографували її цифровим фотоапаратом Nikon d60 (іридографія), після чого зображення зберігали в базі даних ПК. При необхідності зображення обробляли за допомогою графічних редакторів і програм GIDRA, ESID-3, Adobe Photoshop CS3 10.0 та ACDSsee 10 Photo Manager. Для встановлення іридологічного діагнозу пацієнтів оглядали в першій половині дня між 11 і 13 годинами, коли зіниці мають найменший розмір, чітко виявляються загальні та локальні зміни на РО ока.

Визначали колір РО ока (світлий, темний), щільність розташування трабекул за методикою Jensen B. (I-VI ступінь) [7], іридогенетичний тип за Вельхвером Е.С. (радіальний, радіально-гомогенний, радіально-лакунарний) [9,12], іридогенетичний конституціональний тип за Deck I. (лімфатична, гематогенна, змішана конституції) [8-10,12].

Оцінювали стан склер, враховуючи наступні критерії: колір (білий, голубий відтінок, голубий), прозорість, наявність капілярної сітки та її вираженість [3-5,14].

Патологія органа зору відноситься до основних ознак дисплазії СТ за критеріями Т. Михалковской-Димитровой [3-5,14], тому з анамнезу життя з'ясовували наявність міопії, астигматизму, ністагму, порушення зору [11]. При необхідності пацієнта направляли на консультацію до офтальмолога.

Колір РО ока є генетичною ознакою, передається спадково домінантним або рецесивним шляхом і залежить від кількості пігментних клітин у стромі. Світлоокі пацієнти мають слабкі захисні фільтри райдужки, це сприяє розвитку дисбалансу між захисною функцією іриса та регуляцією енергетичного потенціалу ретикулярної формації, що є підґрунтям для виникнення тих чи інших змін в організмі людини [8, 12].

Велике значення для іридодіагностики має щільність РО, яка визначається близькістю прилягання волокон один до одного, тонкістю структури. Чиста, щільна райдужка є ознакою здорового організму. Щільність структури іриса означає життєздатність організму, відображає м'язовий тонус, опірність, здатність до відновлення різних тканин. Ірис зі щільними волокнами свідчить, що людина має гарні відновні сили,

достатній регенеративний потенціал. Рихлість волокон вказує на низьку опірність і слабку вроджену регенеративну активність. Ступінь щільності райдужки дає можливість спрогнозувати виникнення та перебіг важких захворювань, вказує на генетичні особливості людини [12-14].

Виділено такі ступені щільності РО ока [8, 12]: I, II ступінь – щільна строма, притаманна людям із добрим здоров'ям і спадковістю, міцним м'язово-зв'язковим апаратом; III ступінь – трабекули розтягнуті, послаблені, звивчасті, що свідчить про слабку СТ органів і систем організму. Такі люди мають підвищену стомлюваність, низьку резистентність, схильність до дисфункцій, які часто переходять у хвороби; IV ступінь – стоншені волокна звивисті, щілини між ними витягнуті, овальної форми. Відсутність гомогенної строми свідчить про низький тонус органів і тканин, що вказує на ослабленість здоров'я, хворобливе реагування на зміну зовнішніх і внутрішніх факторів; V, VI ступінь – слабка та дуже слабка структура СТ іриса. Строма РО має численні заглиблення та порожнини, які змінюють забарвлення іриса, різко деформують структуру кола автономного кільця. Така структура райдужки свідчить про наявність тяжких спадкових (генетичних) [12, 14] і набутих захворювань, слабку конституцію та низькі захисні сили організму.

Належність до одного із іридогенетичних типів також вказує на особливості організму людини. Радіальний тип, визначений за методикою Е.С.Вельхвер [8, 9, 12], має тонкі волокна, які щільно прилягають один до одного. Радіально-гомогенний тип поєднує в собі радіальний малюнок зі щільним гомогенно зафарбованим ціліарним колом. Перший і другий типи служать ознакою доброї конституції та міцного здоров'я. Радіально-лакунарний тип має стоншену, нещільну сполучнотканинну строму з розсіяними впадинами – лакунами, що нагадує тоненьку, місцями розірвану пластинку з хаотичним малюнком трабекул і крипт. Такий тип притаманний людям із більш слабкою конституцією, які часто хворіють, скаржаться на дисфункції різних органів.

Для більш детального вивчення та повного відображення зв'язку між морфофункціональними особливостями РО та організмом у цілому проводили визначення іридогенетичного конституціонального типу за Deck I. [8-10]. Дослідження РО, систематика типів ірисів проводилася на підставі аналізу окремих ділянок і загальної картини РО із урахуванням кольору райдужки та наявності тих чи інших структурних знаків.

Виділяють наступні іридогенетичні конституціональні типи: 1). Лімфатична конституція, до якої належить *чисто лімфатичний тип* – блаки-

тний чи сірий основний колір, лабільна строма, звивисте, нестійке проходження трабекул у міліарному поясі, чітке автономне кільце; *гідрогеноїдний тип*, в якому ендogenous патогенні фактори проявлялися знаками у вигляді світлих пластівців і лімфатичного розарію (білі «перлини» по периферії райдужки); *тип зі слабкістю СТ* – наявність великої кількості лакун, щілин у стромі іриса, атрофія еластичної СТ, її генетично детермінована слабкість; *нейрогенний тип* – колір очей блакитний або карий, волокниста структура з чітким малюнком, прями, натягнуті трабекули іриса. 2). Гематогенна конституція (чисто гематогенний і прихований тетанічний типи) характеризується наявністю РО коричневого кольору. *Прихований тетанічний тип*, не залежно від кольору, відрізняється вираженими спастичними (адаптаційними) кільцями та токсичною променістістю іриса. 3). Змішана конституція (жовчний тип) – основний листок РО у більшості випадків має блакитно-сірий колір, а криповий листок – коричневий (батьки мають різні кольори очей: один – блакитний, інший – карий).

Детальне розгорнуте дослідження дозволило визначити індивідуальний генетичний статус пацієнтів і спадкову схильність до захворювань, оцінити структурно-функціональний стан СТ організму та виявити залежність між ним та виникненням дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних змін у СНЩС, оцінити функціональний стан органа зору, скласти віддалені прогнози можливої реалізації органної слабкості й перебігу захворювання, спрогнозувати та реалізувати комплексний підхід до проблеми вивчення патології СНЩС зокрема та нездоров'я людини в цілому.

Результати. Вперше в Україні нами застосований метод іридіодіагностики, описано склери очей, враховано патологію органа зору в пацієнтів із захворюваннями СНЩС для дослідження структурно-функціонального стану та якості СТ, її спадково-схильної слабкості. Аналіз отриманих результатів дозволив виявити залежність дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних змін у СНЩС від генетично-детермінованого стану СТ організму.

Після первинного огляду РО ока робили попередній діагностичний висновок щодо органної, тканинної слабкості, передбачали можливу патологію того чи іншого органа та перебіг захворювання, можливу схильність до певної патології.

При аналізі РО у пацієнтів основної групи темний колір очей виявлено у 38 осіб, світлий – у 111, що склало відповідно 25,5 % та 74,5 % від загальної кількості обстежених у групі. Ступінь щільності розташованих трабекул за Jensen B.: I – 0, II – 10 (6,71 %), III – 13 (8,72 %), IV – 48

(32,21 %), V – 63 (42,28 %), VI – 15 (10,07 %). У осіб групи порівняння темний колір райдужки діагностовано у 14 (53,85 %) осіб, світлий – у 12 (46,15 %), щільність трабекул іриса була: I – 7 (26,92 %), II – 18 (69,23 %), III – 1 (3,84 %) осіб. Таким чином, в групі осіб із патологічними змінами в СНЩС переважав світлий колір очей, найбільш поширеним був V ступінь щільності РО, довгі стоншені та звивисті трабекули утворювали лакуни та свідчили про значну слабкість СТ організму. В осіб групи порівняння переважав темний колір РО, виявлено I і II ступені щільності іриса, що свідчить про гарне здоров'я, не обтяжену спадковість, добрий регенераторний потенціал.

Наявну спадково-схильну слабкість СТ у пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними та деструктивно-запальними процесами у СНЩС виявлено і при визначенні іридогенетичних конституціональних типів за Вельховер Е.С. Аналіз даних іридобіомікроскопічного обстеження показав, що в основній групі пацієнтів переважав радіально-лакунарний тип РО – 112 осіб, що склало 75,17 % від загальної кількості пацієнтів у групі. Райдужку радіального типу мали 25 (16,78 %) осіб, а радіально-гомогенного – 12 (8,05 %). Особи групи порівняння мали: радіально-лакунарний тип РО – 9 (34,62 %), радіальний – 12 (46,15 %), радіально-гомогенний – 5 (19,23 %).

Отримані цифри дозволяють припустити, що внутрішні дегенеративно-дистрофічні та деструктивно-запальні зміни в суглобах були пов'язані із генетично-детермінованим слабким структурно-функціональним станом СТ обстежених, який характерний для іриса з радіально-лакунарним типом строми.

Детальне визначення іридогенетичного конституціонального типу за Deck I. проводили на підставі аналізу окремих ділянок і загальної картини іриса, з урахуванням кольору райдужки та наявності тих чи інших структурних ознак.

Згідно отриманих даних, в основній групі більшість пацієнтів мали лімфатичну конституцію – 88 (59,06 %) осіб, гематогенна та змішана конституція зустрічалися рідше – 25 (16,78 %) та 36 (24,16 %) відповідно. Типи лімфатичної конституції розподілилися наступним чином: тип зі слабкістю СТ – 47 (53,41%), чисто лімфатичний – 24 (27,27 %), гідрогеноїдний – 12 (13,64 %), нейрогенний – 5 (5,68 %). Гематогенна конституція мала чисто гематогенний тип – 13 (52 %), прихований тетанічний – 12 (48 %). Змішана конституція була представлена жовчним типом – 36 (100 %).

Розподіл іридогенетичного конституціонального типу у групі порівняння відрізнявся: лімфатична конституція була представлена лише

двома типами: чисто лімфатичний – 8 осіб і нейрогенний – 2. Гематогенна конституція: чисто гематогенний тип мали 5 обстежених, прихований тетанічний тип – 3, змішана конституція – 8.

Виділили наступний стан склер в основній групі: прозорі, білого кольору – у 27 (18,12 %) осіб; голубі склери із вираженою капілярною сіткою – у 51 (34,23 %); виражена капілярна сітка діагностована у 71 (47,65 %) пацієнтів. Особи з контрольної групи мали відповідно: прозорі, білий колір – 24 (92,31 %), голубий відтінок склер – 2 (7,69 %); виражена капілярна сітка зустрічалася лише у 4 (15,38%) осіб. Таким чином, голубі, непрозорі склери, виражена капілярна сітка переважали у обстежених основної групи, що є підтвердженням наявної дисплазії СТ у пацієнтів із захворюваннями СНЩС.

Збір анамнестичних даних життя, обстеження в офтальмолога виявило у 96 (64,43 %) пацієнтів основної групи наступні особливості стану органа зору: порушення зору – 57 осіб, міопія – 9, близорукість – 7, косоокість – 11, ністагм – 3, дегенерація сітківки – 1, склеропластика – 1, макулодистрофія лівого ока – 1, спадкова близорукість, міопія, слабкість СТ очей – 1, м'язова астенія обох очей – 1, втомлюваність очей – 1, астигматизм обох очей – 1, вроджений гіпермобільний астигматизм обох очей – 1, колобома обох очей – 1, децентрація зіниці – 3, мідріаз односторонній – 1. Офтальмологічне обстеження групи порівняння порушення зору виявило лише у 3 (11,53 %) осіб. Отже, виявлені захворювання око-рухового апарата, зміни оптичної системи ока, вроджені вади та дегенеративно-дистрофічні зміни органа зору вказують на наявність генетично-детермінованої неповноцінності СТ організму в пацієнтів із захворюваннями СНЩС.

Таким чином, провівши детальний аналіз іридогенетичних ознак РО ока, проаналізувавши анамнестичні дані пацієнтів та особливості стану органа зору, можна припустити, що світлий колір очей, радіально-лакунарний конституціональний тип за Вельховер Е.С., тип зі слабкістю СТ за Deck I., зменшена щільність строми іриса (V ступінь), голубий колір склер, виражена судинна сітка, захворювання око-рухового апарата, зміни оптичної системи ока, вроджені вади та дегенеративно-дистрофічні зміни органа зору в досліджених є генетично-детермінованими ознаками, які свідчать про слабку сполучнотканинну систему, знижені захисні властивості організму, знижений тонус органів і є підґрунтям для розвитку різноманітних дисфункцій та виникнення різноманітної патології, насамперед, дегенеративно-дистрофічних уражень опірно-рухового апарата в цілому та СНЩС зокрема.

Висновки. 1. Серед обстежених пацієнтів із

захворюваннями СНЩС у 74,5% виявлено світлий колір очей.

2. В основній групі переважав V (42,28 %) ступінь щільності строми іриса, в контрольній групі – II (69,23 %) ступінь.

3. Для пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними та деструктивно-запальними змінами в СНЩС характерний радіально-лакунарний конституційний тип за Вельховер Е.С. (75,17 %), лімфатична конституція (59,06 %), тип зі слабкістю СТ за Deck I (53,41 %).

4. Голубий колір склер і виражена капілярна сітка (34,23 %), виражена судинна сітка склер (47,65 %) були у пацієнтів із захворюваннями СНЩС, що є ознакою дисплазії СТ організму.

5. У пацієнтів із патологією СНЩС у 64,43 % виявлені захворювання око-рухового апарата, зміни оптичної системи ока, вроджені вади та дегенеративно-дистрофічні зміни органа зору, що вказує на наявність генетично-детермінованої неповноцінності СТ організму.

6. Виявлено прямий зв'язок між генетично детермінованим станом СТ і дегенеративно-дистрофічними змінами організму в цілому та СНЩС, зокрема.

7. Про слабку сполучнотканинну систему та знижені захисні властивості організму свідчать: світлий колір очей, радіально-лакунарний конституціональний тип за Вельховер Е.С., лімфатична конституція, тип зі слабкістю СТ за Deck I., низька щільність строми іриса, голубий колір склер, виражена судинна сітка, захворювання око-рухового апарата, зміни оптичної системи ока, вроджені вади та дегенеративно-дистрофічні зміни органа зору. Ці ознаки є генетично-детермінованими і є підґрунтям для розвитку дегенеративно-дистрофічних уражень СНЩС.

8. Отримані дані щодо стану: РО ока, склери, органа зору доцільно використовувати при діагностиці захворювань СНЩС, що значно підвищує точність діагностики.

Список літератури

1. **Antezak-Bouckoms-АА.** Epidemiology of research for temporomandibular disorders. // O J-Orofac-Pain. – 1995 Summer – Vol. 3. – P. 26-34.
2. **Куприянов И.А.** Внутренние нарушения височно-нижнечелюстного сустава при дисплазиях соединительной ткани (клинико-морфологическое исследование): Дис... канд. мед. н. – Новосибирск, 2000. – 152 с.
3. **Сулимов А.Ф., Савченко Р.К., Григорович Э.Ш.** Дисплазия соединительной ткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицинская книга, 2004. – 134 с.
4. **Артамонова В.А., Кантемирова М.Г., Коровина О.А.** и др Клинические особенности реактивных артритов у детей с несостоятельностью соединительной ткани // Вестник Российского университета

дружбы народов. Серия „Медицина“, – 1999. – №2 – С. 115-119.

5. **Абакумова Л.Н.** Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. – Санкт-Петербург. 2006 – 56 с.

6. **Головский Б.В., Усольцева Л.В., Ховаева Я.Б., Иванова Н.В.** Особенности клинического проявления дисплазии соединительной ткани у лиц трудоспособного возраста // Клиническая медицина. – 2002 – №12 – С.39-41.

7. **Jensen B. Iridology.** The science practice in the healing arts. – Escondido (California). – 1982. – Vol.1,2. – 580 p.

8. **Потебня Г.П., Лисовенко Г.С., Кривенко В.В.** Клиническая и экспериментальная иридология. – К.: Наукова думка. – 1995. – С. 262.

9. **Deck I.** Illustrierte Zeichenlehre. Eingang zum Lehrbuch: Grundlagen der Irisdiagnostik. – Ettlingen, 1987. – 376 S.

10. **Рой І.В.** Концепція розвитку первинного остеохондрозу хребетного стовпа // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – №3 – С.65-70.

11. **Ковалевский Е.И.** Глазные болезни. – М., 1980. – 432 с.

12. **Вельховер Е.С.** Клиническая иридология. – М.: Орбита, 1992. – 423 с.

13. **Питер Джексон Мейн.** Иридодиагностика для всех. – М.: Росмэн, 2005. – 128 с.

14. **Починок Т.В., Васюкова М.М., Горобець Н.І.** та ін Недиференційована дисплазія сполучної тканини у дітей: діагностика і тактика лікування // Медицина транспорту України. – 2007. - №1. – С. 85-92.

15. **Воловар О.С., Ціленко О.Л., Маланчук В.О., Крижанівська О.О.** Спосіб діагностики структурно-функціонального стану сполучної тканини організму при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки. – Патент України № 46677 по класу А61В3/00, А61В5/00 на корисну модель. – Бюлетень «Промислова власність». - 2009. – №24.

Надійшла 24.06.10.

ей одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, леченных традиционным методом и с применением прямой внутриартериальной региональной лимфотропной терапии: после секвестрэктомии через поверхностную височную артерию на стороне поражения ретроградно вводили катетер в наружную сонную артерию, куда подавался лекарственный инфузат. Манипуляцию проводили с помощью инфузора Intermate LV-10 (фирмы «Baxter») с объемной скоростью 10 мл/час.

Ключевые слова: хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, прямая внутриартериальная региональная лимфотропная терапия, инфузора Intermate LV-10 фирмы «Baxter».

М. П. Комский

Дніпропетровська державна медична академія

ДИНАМІКА МІСЦЕВИХ СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОЇ СТАДІЇ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЯМОЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ

Робота присвячена порівняльній характеристиці локальних ознак у хворих з хронічною стадією одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, лікованих традиційним методом і із застосуванням прямої внутрішньоартеріальної регіональної лімфотропної терапії: після секвестрэктомії через поверхневу скроневу артерію на стороні поразки ретроградно вводили катетер в зовнішню сонну артерію, куди подавався лікарський інфузат. Манипуляцію проводили за допомогою інфузора Intermate LV-10 (фірми «Baxter») з об'ємною швидкістю 10 мл/годину.

Ключові слова: хронічна стадія одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, пряма внутрішньоартеріальна регіональна лімфотропна терапія, інфузора Intermate LV-10 фірми «Baxter».

М. P. Koms`kyu

Dnepropetrovsk State Medical Academy

DYNAMICS OF LOCAL SYMPTOMS OF CHRONIC STAGES OF ODONTOGENICNIC OSTEO MYELITIS OF NIZHNEY JAWS AT APPLICATION OF LINE OF REGIONAL TO LYMPHOTROPIC THERAPY

Work is devoted comparative description of local signs at patients with the chronic stage of odontogenic osteomyelitis of lower jaw, treated a traditional method and with the use of direct endarterial regional lymphotropic therapy: after sekvestrektomii, through a superficial temporal artery, on the side of defeat, the retrograde entered a catheter in an outward carotid, where medicinal infuzat was given. Manipulation was conducted by infuzora of Intermate LV-10 (firms «Baxter») with by volume speed 10 ml/hour.

УДК 616.716-018.44-002-008.811.9.003.13-036.1

М. П. Комский, к. мед. н.

Днепропетровская государственная медицинская академия

ДИНАМИКА МЕСТНЫХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЯМОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Робота посвящена сравнительной характеристике локальных признаков у больных с хронической стади-