

УДК 616.724-07:617.721

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

Національний медичний університет

**ПРОЕКЦІЙНА ЗОНА
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО
СУГЛОБА НА СХЕМАХ ІРИДОТОПІЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ**

Наведено результати обстеження 191 пацієнта, середній вік яких 25,3±7,6. Проведено неспецифічну іридотопічну діагностику захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), виявлено іридовісцеральний зв'язок між локальними змінами райдужної оболонки ока в секторі «10.30-10.45» правого ока і «1.15-1.30» лівого та дегенеративно-дистрофічними і деструктивно-запальними захворюваннями скронево-нижньощелепних суглобів.

На підставі власних досліджень запропоновано внести корективи до класичної схеми проєкційних зон тіла людини В. Jensen, виділити сектор, який несе інформацію за стан СНЩС.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, сполучна тканина, райдужна оболонка ока, іридодіагностика, топічна діагностика, схема.

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

Национальный медицинский университет

**ПРОЕКЦИОННАЯ ЗОНА
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА НА СХЕМАХ
ИРИДОТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Приведены результаты обследования 191 пациента, средний возраст которых 25,3±7,6. Проведено неспецифическую иридотопическую диагностику заболеваний височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), выявлено иридовисцеральную связь между локальными изменениями радужной оболочки глаз в секторе «10.30-10.45» правого глаза и «1.15-1.30» левого и дегенеративно-дистрофическими и деструктивно-воспалительными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.

На основании собственных исследований предложено внести коррективы в классической схеме проекционных зон тела человека В. Jensen, выделить сектор, который несет информацию о состоянии ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, соединительная ткань, радужная оболочка глаза, иридодиагностика, топическая диагностика, схема.

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

National Medical University

**PROJECTION ZONE
OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINT
ON THE SCHEMES OF IRIDOTOPICAL
DIAGNOSTICS**

The results of examination of 191 patients with the average age of 25.3±7.6 are presented in this article. Non-specific iridotopical diagnostics of the temporo-mandibular joint diseases was conducted, irido-visceral connection between local changes of iris within «10.30-10.45» sector of the right eye and «1.15-1.30» of the left eye and degenerative dystrophic and destructive-inflammatory diseases of temporo-mandibular joints was revealed.

On the basis of own research, we have proposed to make changes to the classical scheme of projection zones of the body by B. Jensen, distinguish the sector, which carry an information about temporo-mandibular joint state.

Key words: temporo-mandibular joint, connective tissue (CT), iris, iridodiagnostics, topical diagnostics, scheme.

Вступ. Актуальність проблеми діагностики стану скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) обумовлена високою поширеністю захворювань суглобів, часто прихованим перебігом початку захворювання [1, 13, 14]. Використання іридодіагностики дозволяє спрогнозувати перебіг захворювань і можливу віддалену реалізацію слабкості СНЩС, виявити ряд дисфункцій, патологій суглоба ще у доклінічній стадії розвитку захворювання, виробити комплексний підхід до лікування хворих із артропатіями СНЩС [1-3].

Іридодіагностика – метод індикації хвороб за адаптаційно-трофічними змінами райдужної оболонки (РО) ока. Оцінка структурних, токсико-дистрофічних, рефлекторних знаків на РО із урахуванням проєкційних зон тіла людини (соматотопічного поділу) дозволяє з певною точністю встановити місце розташування патологічного вогнища, враховуючи іридовісцеральний зв'язок, здійснити неспецифічну топічну діагностику захворювань, у тому числі СНЩС [2-8]. У кожного органа або системи органів на райдужці є свій «представницький» сектор, що є його екстерорецептивною зоною. Деформація окремих ділянок РО й поява різних пігментів на ній відбувається рефлекторно, під впливом патологічних імпульсів від хворих органів і тканин, виникає відповідна нейро-трофічна реакція рецепторів РО, зміна певних судинних мікрозон РО, порушення обмінних процесів у ній, включення чи виключення із функції певної групи меланоцитів.

Виникають зміни щільності окремих ділянок РО, перерозподіл пігментів у вигляді хроматичних або структурних локальних змін строми (просвітлення, пігментні плями, розволокнення, лакуни, кільця, променистість тощо).

Відомо близько 30 схем проекційних зон тіла людини, всі вони схожі між собою, хоча і запропоновані різними дослідниками: Vida F., Deck J. (1954), Angerer I. (1957), Günter K. (1959), Jensen B. (1964), Bourdiol R.L. (1975), Kastro A. (1978), Jausas G. (1987), Вельховер Е.С., 1992, Чумаков Н.А., 1994 та інші [3,9,10,11,12]. У зв'язку з розвитком сучасних методів дослідження, топографічні карти постійно удосконалюються, однак на практиці найчастіше користуються схемами проекційних зон тіла людини В. Jensen [6], згідно яких РО розділяють на два пояса: зіничний і ціліарний (межею між ними є автономне кільце). Ціліарний пояс ділиться на 12 секторів, рівних між собою, на кожен з яких проектується ті чи інші внутрішні органи та системи. Обличчя (лоб, скроня, око, верхня щелепа, ніс, нижня щелепа) згідно даного способу проектується на ціліарній зоні правої РО в секторі «1.00-2.00» циферблатних координат; шия, вухо, соскоподібний відросток – «10.00-11.00». Відповідно на РО лівого ока зона обличчя проектується у дзеркальному відображенні правого (у лівшів права сторона тіла проектується на ліву РО, а ліва на праву). Однак жодна із схем не містить проекційної зони СНЩС.

Матеріали і методи. Обстежено 191 пацієнта (ч-38, ж-140), середній вік яких $25,3 \pm 7,6$. Контрольна група складала 26 осіб (ч-13, ж-13), без загальної соматичної патології, з фізіологічним прикусом, без ознак ураження СНЩС, середній вік яких $25,7 \pm 6,8$. До основної групи увійшло 165 пацієнтів із патологією СНЩС (ч-25, ж-140), середній вік яких $25,2 \pm 7,7$, що перебували на консультації, лікуванні в стоматологічному медичному центрі НМУ імені О.О. Богомольця за період 2005-2010 рр.

Пацієнти обстежені за загальноприйнятою методикою, яка включає збір скарг, анамнези хвороби та життя, загальний огляд, пальпацію, аускульту СНЩС, пальпацію жувальних м'язів, оцінку прикусу, ступінь відкриття рота, оцінювали трансверзальні, сагітальні рухи нижньої щелепи, її зміщення. Проводили іридодіагностику, досліджували клінічні ознаки дисплазії СТ на райдужці ока: визначали колір РО, щільність розташування трабекул, іридогенетичний конституціональний тип. Надалі ірис оглядали за топографічними зонами, секторами. Вивчали центральну частину РО – зіничну зону, що відповідає проекції шлунково-кишкового тракту (ШКТ), та ціліарну зону – проекцію більшості

органів і систем, де додатково вивчали сектор «10.30-10.45» на правому оці та «1.15-1.30» на лівому. При виявленні вищезазначених змін у даному секторі, паралельно обстежували зону обличчя та нижньої щелепи для підтвердження реалізації слабкості СТ у всій щелепно-лицевій ділянці. Виключали патологію органа слуху. Виявляли структурні (звивисті, білісуваті волокна РО, розволокнення строми, лакуни), токсико-дистрофічні (лімфатичний розарій, токсична променистість, пігментація), рефлекторні (адаптаційні кільця, вибухання/втягнення автономного кільця) знаки.

При виявленні генетично-детермінованої слабкості СТ у проекційній зоні СНЩС та обличчя, пацієнта направляли на рентгенографію, комп'ютерну томографію чи МРТ СНЩС.

Отримані в результаті досліджень цифрові дані обробляли на персональному комп'ютері за допомогою прикладних програм: Microsoft Excel 2007, Statistica 7.0 та стандартна версія SPSS 17.0 (США). При аналізі різниці значень, що відносяться до номінальної або порядкової шкали, створювали таблиці сумісного розподілу ознак і використовували тест χ^2 Пірсона [15].

Результати та їх обговорення. В результаті іридологічного обстеження 165 пацієнтів із захворюваннями СНЩС виявлено, що проекційна зона вуха та соскоподібного відростка, які анатомічно є найближчими до СНЩС структурами, мали ознаки слабкості у вигляді менш чи більш глибоких структурних топостабільних знаків (звивисті, білісуваті волокна РО, розволокнення строми, лакуни), токсико-дистрофічних знаків (лімфатичний розарій, токсична променистість, пігментація), рефлекторних знаків (адаптаційні кільця, вибухання/втягнення автономного кільця) відповідно у 115 ($69,7 \pm 3,6$ %) осіб – вухо та 118 ($71,5 \pm 3,5$ %) осіб – соскоподібний відросток.

Зміни у проекційній зоні соскоподібного відростка були характерними для більшості осіб основної групи, і залежно від іридогенетичного конституціонального типу, їх частота коливалася від $67,6 \pm 4,6$ % (лімфатична конституція) до $79,2 \pm 8,5$ % (гематогенна конституція). Проекційна зона вуха зі структурними, токсико-дистрофічними та рефлекторними знаками у осіб лімфатичної та гематогенної конституції зустрічалися відповідно у 72 ($70,6 \pm 4,5$ %) та 17 ($70,8 \pm 9,2$ %) випадках. Пацієнти зі змішаною конституцією мали вищезазначені зміни РО у 26 ($56,7 \pm 7,9$ %) оглянутих. У 89 ($53,9 \pm 3,9$ %) пацієнтів зміни в секторах вуха та соскоподібного відростка комбінувалися зі структурними та токсико-дистрофічними змінами в секторі обличчя в цілому та нижньої щелепи зокрема (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл виявлених змін у секторах органів на РО ока у пацієнтів основної групи

Конституція Сектор, знаки РО ока	Лімфатична конституція (n=102)	Гематогенна конституція (n=24)	Змішана конституція (n=39)	Разом (n=165)
Вухо	72 (70,6±4,5)	17 (70,8±9,2)	26 (56,7±7,9)	115 (69,7±3,6)
Соскопод. відросток	69 (67,6±4,6)	19 (79,2±8,5)	30 (76,2±6,8)	118 (71,5±3,5)
Нижня щелепа	39 (38,2±4,8)	8 (33,3±9,6)	15 (38,5±7,8)	62 (37,6±3,7)
Обличчя	59 (57,8±4,9)	11 (45,8±10,2)	19 (48,7±8,0)	89 (53,9±3,9)

Примітка: дані представлені як n (P±Pm)

Пацієнти контрольної групи – 26 чоловік, мали рефлекторні та структурні знаки РО у зазначених ділянках в поодиноких випадках: проєкційна зона вуха – 2 (7,7±5,2 %) випадки, соскоподібного відростка – 4 (15,4±7,0 %).

Порівняльна характеристика змін на РО в секторі вуха та соскоподібного відростка пацієнтів основної та контрольної груп представлена в табл. 2. Виявлено, що пацієнти з артропатіями

СНЩС із високим ступенем достовірності частіше мали зміни даних ділянок у порівнянні із контрольною групою ($\chi^2=36,38$; $p<0,001$ та $\chi^2=30,67$; $p<0,001$). Це підтверджувалося рентгенологічними змінами структури кісткової тканини чи форми головок нижньої щелепи того чи іншого ступеню в осіб з артропатіями СНЩС, клінічними проявами.

Таблиця 2

Розподіл змін на РО в секторі вуха та соскоподібного відростка пацієнтів основної та контрольної груп

Сектор РО	Групи пацієнтів		Відмінність	
	Основна (n=165)	Контрольна (n=26)	χ^2	p
Вухо	115 (69,7±3,6)	2 (7,7±5,2)	36,38	<0,001
Соскоподібний відросток	118 (71,5±3,5)	4 (15,4±7,0)	30,67	<0,001

Примітка: дані представлені як n (P±Pm)

Клінічний приклад. Пацієнтка, 32 роки, звернулася зі скаргами на ранкову скутість в обох СНЩС, яка більш виражена в правому, хруст в

суглобах, в тому числі, при рухах нижньої щелепи та жуванні твердої їжі, який виник 2 роки тому. Причину хрусту не вказує, не лікувалася.

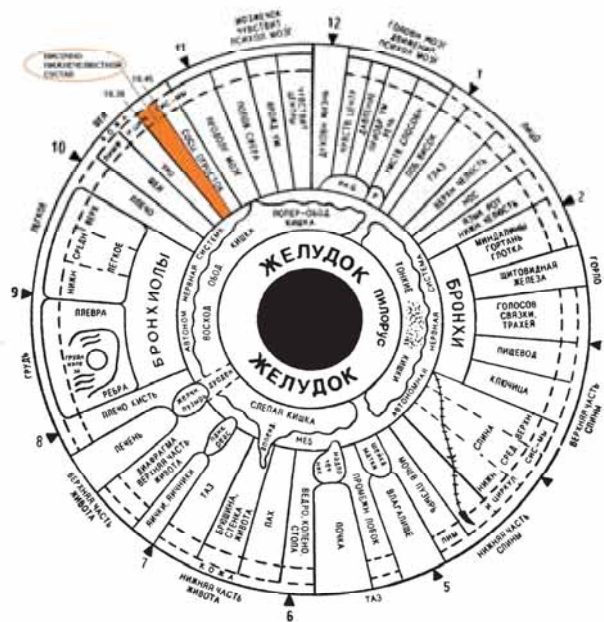


Рис. 1. Схематичне відображення проєкції скронево-нижньощелепного суглоба на райдужній оболонці правого ока.

/ О. С. Воловар, В. О. Маланчук, О. О. Крижанівська // Вісник стоматології. – 2010. – №4 – С. 54-59.

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

5. **Коновалов В. В.** Некоторые частые вопросы иридодиагностики // Мат. I. Всес. Конф. иридологов. – М., 1990. – С. 85-90.

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

7. **Bourdiol R. I.** Traite d'iridodiagnostic. Maisonneuve. – 1975.

8. **Vida F., Deck J.** Topographie de L'iris d'apres. – Ulm: Karl F. Hang Verl., - 1954. - 140 s.

9. **Коновалов В. В., Антонов А. А.** Практическая иридология. – М.: Окулос, 1990. – 87 с.

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

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

12. **Данилюк О.А.** Практическая иридодиагностика и фитотерапия. – Ростов-на-Д.: Феникс, 2006. – 608 с.

13. **Костина И. Н.** Особенности рентгенологической картины ранних и поздних стадий остеоартроза височно-нижечелюстного сустава / И. Н. Костина // Нижегородский медицинский журнал. – 2008. - №2. – С. 261-264.

14. **Патология височно-нижечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения.** / [П. И. Ивашенко, М. И. Мискевич, Р. К. Савченко и соавт.] – СПб.: ООО “МЕДИ издательство”, 2007. – 80 с.

15. **Халафян А. А.** Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник. М.: ООО "Бином-Пресс", 2008 – 512 с.

Надійшла 27.12.10



УДК 616.716.85-002-089:616.314-72

В. А. Маланчук, д. мед. н., Н. Ю. Платонова

Национальный медицинский университет

СПОСІБ УСТРАНЕННЯ «СУХОЇ» ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

В статье описаны способ устранения «сухой» лунки после удаления зуба и устройство для его осуществления. Эффективность разработанного способа и устройства позволяет заполнить лунку кровью, снижает риск возникновения альвеолита, процесс заживления протекает в более короткие, чем обычно сроки.

Ключевые слова: дозированный вакуум, лунка, альвеолит.

В. О. Маланчук, Н. Ю. Платонова

Национальный медицинский университет

СПОСІБ УСУНЕННЯ «СУХОЇ» ЛУНКИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА І ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЙОГО ЗДІЙСНЕННЯ

У статті описані спосіб усунення «сухої» лунки після видалення зуба і пристрій для його здійснення. Ефективність розробленого способу і пристрою дозволяє заповнити лунку кров'ю, знижує ризик виникнення альвеоліта, процес загоєння протікає в коротші, ніж зазвичай терміни.

Ключові слова: дозований вакуум, лунка, альвеоліт.

V. A. Malanchuk, N. U. Platonova

National Medical University

METHOD OF REMOVING «DRY» ALVEOLE AFTER EXTRACTION OF TOOTH AND DEVICE FOR ITS IMPLEMENTATION

The article describes the method of removing «dry» alveole after extraction of tooth and device for its implementation. The efficiency of the developed method and device enables to fill alveole with blood, reduce the risk of alveolitis and regenerative process in a relatively short time usual.

Key words: alveole, alveolitis, dosed vacuum.

Удаление зуба является самым распространенным вмешательством в практике хирурга-стоматолога. Среди осложнений, связанных с удалением зуба, альвеолит составляет высокий процент - от 24 до 35 % (Ю. И. Бернадский, 1984) [1]. Причины возникновения этого заболевания различные: сопутствующие заболевания, наличие очагов хронической инфекции в полости рта, снижение местного и общего иммунитета. Для нормального заживления лунки после удаления зуба необходимо наличие в ней полноценного кровяного сгустка, который защищает ее от инфицирования. У некоторой группы пациентов препятствовать образованию сгустка в лунке могут анестетики с вазоконстриктором, которые способствуют стойкому спазму сосудов, нарушению кровоснабжения и дальнейшему возникновению «сухой» лунки, а в последствии - альвеолита [2].

Существует много методов профилактики и лечение этого осложнения: введение в лунку лекарственных препаратов на основе пчелиного яда (В. А. Петров, 1963), протеолитических ферментов (И.Н.Вавилова и А. П. Протасевич, 1969),