

УДК 616.89: 617.52/.53-07-08

**А. А. Джерелей, к. мед. н.,  
И. Г. Романенко, д. мед. н.**

Крымский государственный медицинский университет

### СТАНДАРТИЗОВАНА ОЦЕНКА ГАРМОНІЧНОГО ПСИХОСОМАТИЧЕ- СКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гармоничное психосоматическое состояние является вариантом нормы, для которой характерны определенные нами стандартизованные показатели. Эту группу составили 34 пациента, что соответствовало всего лишь 10,9 % из всего количество обследованных. Гармоничное психосоматическое состояние характеризуется повышением артериального давления за два часа до операции до  $130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$  мм рт. ст.; снижением протромбина до  $77,23 \pm 0,9$  ( $P < 0,001$ ), фибрина - до  $10,08 \pm 0,17$  мг ( $P < 0,05$ ); удлинением времени свертывания крови не более чем на 31 секунду. Для пациентов с таким типом психосоматического состояния характерно минимальное снижение общих липидов плазмы крови до  $5,22 \pm 0,02$  (3-и сутки после операции) и, соответственно, незначительным повышением первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов. Уровень послеоперационного отека и болевых ощущений соответствует 0-1 балл. Уровень локальной температуры максимально приближен к норме -  $34,32 \pm 0,1$ ,  $34,7 \pm 0,1$ ,  $34,21 \pm 0,1$ ,  $33,8 \pm 0,06$  с первых по седьмые сутки, соответственно. Результатом хирургического лечения явился тонкий нормотрофический рубец с шириной в пределах:  $1 - 1,2 \pm 0,2$  мм.

**Ключевые слова:** хирургическое вмешательство, психосоматическое состояние, процесс гемокоагуляции, общие липиды плазмы крови, воспаление.

**А. О. Джерелей, И. Г. Романенко**

Кримський державний медичний університет

### СТАНДАРТИЗОВАНА ОЦІНКА ГАРМОНІЙНОГО ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ У ХВОРИХ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Гармонійний психосоматичний стан є варіантом норми, для якої характерні визначені нами стандартизовані показники. Цю групу склали 34 пацієнти, що склало усього лише 10,9 % зі всієї кількості обстежених. Гармонійний психосоматичний стан характеризується підвищенням артеріального тиску за дві години до операції до  $130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$  мм рт. ст.; зниженням протромбіну до  $77,23 \pm 0,9$  ( $P < 0,001$ ), фібріну - до  $10,08 \pm 0,17$  міліграма ( $P < 0,05$ ); подовженням часу згортання крові не більше, ніж на 31 секунду. Для пацієнтів з таким типом психосоматичного стану характерно мінімальне зниження загальних лі-

підів плазми крові до  $5,22 \pm 0,02$  (3-я доба після операції) і, відповідно, незначним підвищенням первинних і вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів. Рівень післяопераційного набряку і болевих відповідей 0-1 балу. Рівень локальної температури максимально наблизений до норми -  $34,32 \pm 0,1$ ,  $34,7 \pm 0,1$ ,  $34,21 \pm 0,1$ ,  $33,8 \pm 0,06$  з першої по сьому добу, відповідно. Результатом хірургічного лікування став тонкий нормотрофічний рубець з шириною в межах:  $1 - 1,2 \pm 0,2$  мм.

**Ключові слова:** хірургічне втручання, психосоматичний стан, процес гемокоагуляції, загальні ліпіди плазми крові, запалення.

**A. A. Dzhereley, I. G. Romanenko**

Crimean National Medical University

### STANDARTIZED ESTIMATION OF THE HARMONIOUS PSYCHOSOMATIC STATE FOR PATIENTS WITH SURGICAL PATHOLOGY OF MAXILLOFACIAL AREA

The harmonious psychosomatic state is the variant of norm which the certain by us standardized indexes are characteristic for. This group was made by 34 patients, that made just 10,9 % from everything amount of inspected. The harmonious psychosomatic state is characterized by the increase of arteriotony two hours prior to an operation a to  $130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$  mm of hg. item; by the decline of protrombin to  $77,23 \pm 0,9$  ( $P < 0,001$ ), fibrin is a to  $10,08 \pm 0,17$  mg ( $P < 0,05$ ); lengthening of time of hemopexis no more than on 31 second. For patients with such type of the psychosomatic state characteristically minimum decline of general lipids of plasma of blood to  $5,22 \pm 0,02$  (twenty-four hours after an operation) and, accordingly, by the insignificant increase of primary and secondary foods of POL. The level of post-operative edema and pain feeling hesitated within the limits of a 0-1 point. The level of local temperature is maximally close to the norm and hesitated within the limits of  $34,32 \pm 0,1$ ,  $34,7 \pm 0,1$ ,  $34,21 \pm 0,1$ ,  $33,8 \pm 0,06$  from the first for seventh days, accordingly. The result of surgical treatment was a thin normotrophic scar with a width scope:  $1 - 1,2 \pm 0,2$  mm.

**Key words:** surgical intervention, psychosomatic condition, the general lipids plasmas of blood, inflammation.

У любого человека, требующего хирургического лечения, возникают различные психоэмоциональные реакции на характер болезни, вид предстоящей операции и на лечение в целом [1-6]. Хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области являются наиболее психогенно травмирующими [7-10]. Этот фактор, а также контакт с лечащим врачом, медицинским персоналом и другими больными, определяют состояние психики и эмоций пациента [11-12].

Представления и переживания о своем соматическом состоянии находят свое выражение в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних случаях - это пренебрежение, в других - повышенное внимание, в третьих - адекватное к нему отношение [13]. Некоторые авторы связывают вид и степень развития психоэмоциональной реакции с выраженностью болевых ощущений [6, 14], жизненными ограничениями, накладываемыми болезнью, с уровнем интеллекта больного. При этом степень депрессивных расстройств в значительной мере определяет исход заболевания [15, 16].

Психическая реакция на болезнь и лечение может выражаться и в виде функционального синдрома, который представляет собой несоответствие между жалобами больного и объективными данными, полученными при обследовании [17-19]. При таких обстоятельствах человек не способен прогнозировать или решать возникшую проблему, что может так же стать причиной развития депрессии, сопровождающейся поведенческими и вегетативными нарушениями [9].

**Цель исследования.** Проведение оценки состояния клинических, лабораторных показателей, характерных для представителей гармоничной психосоматической группы.

В нашем исследовании выявлены взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием и изменениями общих и местных показателей, характеризующих течение раневого процесса. Установлено, что заживление ран мягких тканей лица и шеи находится в прямой зависимости от психосоматического состояния пациента. Наше исследование позволило выделить три типичных психосоматических реакции пациентов: гармоничную, тревожно-обсессивно-фобическую, эйфорически-анозогнозическую.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на изучении результатов лечения и послеоперационного наблюдения за 312 пациентами: с атеромами - 82, дермоидными кистами - 81, липомами - 69 и хроническим гиперпластическим лимфаденитом - 80. Мужчин было 148, женщин - 164. Преобладали больные до 50 лет (80,5 %).

Гармоничная группа является вариантом нормы, для которой характерны определенные нами стандартизованные показатели. Эту группу составили 34 пациента, что составило всего лишь 10,9 % из всего количество обследованных. Количество и вид заболевания в гармоничной группе представлены в табл. 1.

Таблица 1

#### Распределение больных по нозологическим формам заболеваний в гармоничной психосоматической группе

Атерома	Хронический гиперпластический лимфаденит	Липома	Дермоидная киста	Итого
10 (29,4%)	12 (35,3%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)	34

Гармоничная психологическая реакция превалировала при хроническом гиперпластическом лимфадените (35,3 %) и атеромах (29,4 %).

Для оценки реакции сердечно-сосудистой системы на болезнь и хирургическое лечение у лиц с гармоничной реакцией мы провели исследование артериального давления. Фиксированные измерения артериального давления проводили за один день и за два часа до операции. В

ходе выполнения хирургического вмешательства контроль АД осуществляли каждые 10-20 минут.

Анализ полученных данных позволил установить, что артериальное давление составляет  $122,41 \pm 0,44 / 70,8 \pm 0,27$  мм рт. ст. за день до операции, а за два часа до операции -  $130 \pm 0,57 / 76,4 \pm 0,69$  мм рт. ст. Из чего следует, что наблюдается незначительное его повышение в среднем на  $7,6 \pm 0,5 / 5,6 \pm 0,44$  мм рт. ст.

Таблица 2

#### Показатели свертывающей системы крови в гармоничной группе пациентов

Время свертываемости Ли-Уайту		Протромбиновый индекс (%)			Фибрин (мг)		
до операции	2 часа до операции,	до госпитализации	за 2 часа до операции	3-и сутки после операции	до госпитализации	за 2 часа до операции	3 сутки после операции
5мин.58с $\pm 0,07$ P<0,001	6мин.29с $\pm 0,058$	83,23 $\pm 0,9$ P<0,001	77,23 $\pm 0,6$	81,11 $\pm 0,9$	10,5 $\pm 0,24$ P<0,05	10,08 $\pm 0,17$	10,6 $\pm 0,2$

**Примечание:** P - достоверность различий показателя «до госпитализации» в сравнении с показателем за 2 часа до операции.

В ходе изучения количественных показателей протромбина и фибрина в периферической крови у пациентов с гармоничной реакцией мы обнаружили отсутствие достоверных изменений в различиях при госпитализации, за 2 часа до операции и на третьи сутки лечения в 34 случаях. При этом протромбиновый индекс, в среднем, составил  $83,23 \pm 1,25$  % при госпитализации, за 2 часа до операции -  $77,23 \pm 0,9$  % и на третьи сутки -  $81,11 \pm 1,26$  %. Показатели фибрина были представлены следующими цифровыми эквивалентами:  $10,5 \pm 0,23$  мг,  $10,08 \pm 0,17$  мг,  $10,61 \pm 0,2$  мг, соответственно (табл. 2).

Таким образом, показатели протромбина снизились на  $6 \pm 0,84$  %, фибрина -  $0,42 \pm 0,15$  мг, время свертываемости увеличилось на  $31 \pm 0,05$  секунду.

Дисбаланс в системе гемостаза приводит к нарушениям микроциркуляции, усиливает процесс перекисидации липидов клеточных мембран. Поэтому мы провели исследование показателей общих липидов плазмы крови, первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов в гармоничной группе пациентов (табл. 3, 4.)

Для полноценной стандартизованной оценки гармоничного психосоматического состояния у больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области мы провели исследование мест-

ной воспалительной реакции мягких тканей в послеоперационном периоде.

Местную реакцию в зоне хирургического вмешательства определяли по степени выраженности послеоперационного отека, уровню болевых ощущений и локальной температуре.

Анализ показателей локальной температуры проводили относительно средней температуры кожи лица здорового человека, которая составляет -  $33,6 \pm 0,062$  °С, исследования проводились на 1,3,5,7 сутки.

Измерение локальной температуры у пациентов с гармоничной реакцией показал, что ее уровень максимально приближен к норме (табл. 5).

Таблица 3

**Динамика изменений уровня общих липидов плазмы крови в гармоничной группе пациентов (n=8).**

Уровень общих липидов в плазме крови в мг/мл		
Сутки до операции	3-и сутки после операции	7-е сутки после операции
$5,71 \pm 0,01$ P<0,001, P1<0,001	$5,22 \pm 0,02$	$5,54 \pm 0,01$

*Примечание:* P - достоверность различий показателя «до лечения» и «на 3-и сутки»;

P1 - достоверность различий показателя «до лечения» и «на 7-е сутки».

Таблица 4

**Динамика изменений показателей первичных, вторичных продуктов ПОЛ в гармоничной группе пациентов с липомами и дермоидными кистами (n=8)**

Продукты ПОЛ (усл.ед/мг липидов)	Время исследования		
	Сутки до операции	3-и сутки	7-е сутки
Диеновые кетоны	$0,052 \pm 0,0005$	$0,062 \pm 0,0006$	$0,058 \pm 0,0006$ P<0,001; P1<0,001
Диеновые конъюгаты	$0,244 \pm 0,0008$	$0,267 \pm 0,0005$	$0,261 \pm 0,0009$ P<0,001; P1<0,001
Малоновый диальдегид	$0,267 \pm 0,0005$	$0,289 \pm 0,0016$	$0,269 \pm 0,0014$ P<0,001

*Примечание:* P- достоверность различий показателя «до лечения» в сравнении с ним «на 3-и сутки»;

P1- достоверность различий показателя «до лечения» в сравнении с ним «на 7-е сутки».

Таблица 5

**Динамика локальной температуры у пациентов гармоничной группы (n=34)**

Нозологические формы	Локальная температура °С			
	Сутки			
	1	3	5	7
Дермоидные кисты	$34,02 \pm 0,05$ n=6	$34,6 \pm 0,03$	$34,01 \pm 0,003$	$33,7 \pm 0,1$
Хронический гиперпластический лимфаденит	$34,42 \pm 0,01$ n=12	$34,67 \pm 0,02$	$34,16 \pm 0,007$	$33,9 \pm 0,03$
Липомы	$34,52 \pm 0,02$ n=6	$35,02 \pm 0,005$	$34,56 \pm 0,01$	$33,7 \pm 0,03$
Атеромы	$34,33 \pm 0,03$ n=10	$34,54 \pm 0,02$	$34,09 \pm 0,02$	$33,9 \pm 0,03$
М ср.±m	$34,32 \pm 0,1$	$34,7 \pm 0,1$	$34,21 \pm 0,1$	$33,8 \pm 0,06$

Оценка уровня послеоперационного отека и болевых ощущений у пациентов с гармоничной реакцией показала, что у больных преобладают

показатели, соответствующие 0-1 балл. Продолжительность болевой реакции обычно равнялась одному - двум дням (табл. 6, 7, 8).

Таблица 6

### Отек и болевая реакция в баллах через 1 сутки после операции (n=34)

Нозологические группы			
Дермоидные кисты	Липомы	Хронический гиперпластический лимфаденит	Атеромы
0,66 ± 0,3 n=6	0,5 n=6	0,71 ± 0,42 n=12	0,4 ± 0,24 n=10
M cp ± m 0,6 ± 0,07 n=34			

Таблица 7

### Отек и болевая реакция в баллах на 3 сутки после операции (n=34)

Нозологические группы			
Дермоидные кисты	Липомы	Хронический гиперпластический лимфаденит	Атеромы
1 ± 0 n=6	0,5 n=6	1 ± 0,05 n=12	0,8 ± 0,02 n=10
M cp ± m 0,83 ± 0,12 n=34			

Таблица 8

### Отек и болевая реакция в баллах -7 сутки наблюдения (n=34)

Нозологические группы			
Дермоидные кисты	Липомы	Хронический гиперпластический лимфаденит	Атеромы
0 n=6	0 n=6	0,14 ± 0,01 n=12	0,2 ± 0,02 n=10
M cp ± m 0,09 ± 0,05 n=34			

В ходе анализа цифровых значений показателей, полученных на третьи сутки послеоперационного периода, выявленная тенденция сохранилась. Превалировала оценка в 1 балл у 22 больных (64,71 %).

Выраженность отека и боли на 7-е сутки лечения у больных с гармоничной реакцией соответствовали 0 баллов в 31 случаях (91,17 %), боль была умеренной и проявлялась как слабо-выраженная через 3-5 часов после операции и обычно на 3 сутки полностью отсутствовал.

Осмотр зоны хирургической травмы через сутки после операции у пациентов с гармоничной реакцией показал наличие слабовыраженного отека. При осмотре паравульварной зоны на третьи сутки лечения мы также наблюдали слабо-выраженный отек. К седьмым суткам наблюдений отек отсутствовал.

Таким образом, у пациентов гармоничной группы воспалительные изменения имели минимальную выраженность, стихали к пятым суткам наблюдений. В этот же срок отмечена активация восстановительных процессов.

Стандартизованная оценка гармоничного психосоматического состояния включает в себя показатели состояния послеоперационного руб-

ца. Осмотр рубца проводили через 6 месяцев и через 1 год после операции.

При изучении полученных данных в гармоничной группе через 6 месяцев после операции мы наблюдали тонкий рубец в 18 случаях, что составило 52,94 %, средний - в 12 (35,29 %) и широкий - в 4 (11,76 %). А его показатели через один год приведены в табл. 9.

Таблица 9

### Ширина послеоперационного рубца через один год после операции в гармоничной группе больных (n=32)

Нозологические формы	Ширина послеоперационных рубцов (средние значения в мм)	
	1	n
Дермоидные кисты	1	n=6
Хронический гиперпластический лимфаденит	1,16±0,16	n=10
Липомы	1	n=6
Атеромы	1,2±0,2	n=10
M cp ± m	1,09±0,05	n=32

У пациентов с гармоничной реакцией через 1 год после операции мы наблюдали тонкий рубец в 28 случаях (87,5 %), средний в - 4 (12,5 %)/

В целом результаты измерений ширины послеоперационного рубца в срок наблюдений «1 год» показали, что у пациентов с гармоничной реакцией ширина рубца колеблется в пределах:  $1 - 1,2 \pm 0,2$  мм, т.е. в этой группе преобладают тонкие рубцы (87,5 %).

Показатели характерные для гармоничного психосоматического состояния представлены в табл. 10.

Таблица 10

**Стандартизованные показатели у челюстно-лицевых больных с гармоничным психосоматическим состоянием.**

Вид показателя	Абсолютные величины
артериальное давление за два часа до операции (мм рт. ст.)	$130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$
протромбин (%)	$77,23 \pm 0,9$
Фибрина (мг)	$10,08 \pm 0,17$
Время свертываемости за 2 часа до операции, по Ли-Уайту.	$6\text{мин.}29\text{с} \pm 0,058$
общие липиды плазмы крови (3-и сутки после операции)	$5,22 \pm 0,02$
послеоперационный отек и боль (баллы)	0-1
локальная температура (1.3.5.7 сутки)	$34,32 \pm 0,1$ $34,7 \pm 0,1$ $34,21 \pm 0,1$ $33,8 \pm 0,06$
Ширина рубца (мм)	$1 - 1,2 \pm 0,2$

Проанализировав полученные данные можно заключить, что гармоничное психосоматическое состояние характеризуется повышением артериального давления в среднем на  $7,6/5,6$  мм рт. ст. (с  $122,41 \pm 0,44/70,8 \pm 0,27$  мм рт. ст. за день до операции, а за два часа до операции до  $130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$  мм рт. ст.); снижением показателей протромбина с  $83,23 \pm 1,25$  до  $77,23 \pm 0,9$  ( $P < 0,001$ ), на 6 %, фибрина - с  $10,5 \pm 0,23$  мг до  $10,08 \pm 0,17$  мг ( $P < 0,05$ ), на 0,42 мг; удлинением времени свертывания крови на 31 секунду. Для пациентов с таким типом психосоматического состояния характерно минимальное снижение общих липидов плазмы крови до  $5,22 \pm 0,02$  (3-и сутки после операции) и, соответственно, незначительным повышением первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов. Воспалительные изменения имели адекватную объему и характеру хирургической травмы выраженность, а состояние мягких тканей в зоне хирургической травмы нормализовалось к пятым суткам послеоперационного периода. Уровень послеоперационного отека и болевых ощущений колебался в пределах 0-1 балл. Измерение локальной температуры у пациентов с гармоничной реакцией показал, что ее уровень макси-

мально приближен к норме и колебался в пределах  $34,32 \pm 0,1$ ,  $34,7 \pm 0,1$ ,  $34,21 \pm 0,1$ ,  $33,8 \pm 0,06$  первых по седьмые сутки, соответственно. Результатом хирургического лечения являлся тонкий нормотрофический рубец с шириной в пределах:  $1 - 1,2 \pm 0,2$  мм (табл. 10).

**Список литературы**

1. Бизюк А. П. Адаптация человека в особых условиях обитания / А.П. Бизюк. – Л., 1978. – С.89-95.
2. Василюк Ф. Е. Психотерапевтическое облегчение зубной боли / Ф.Е. Василюк Московский психотерапевтический журн. – 1997. – №2. – С. 96 - 100.
3. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1991. – 448 с.
4. Ковалев В. В. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней / В. В. Ковалев // Личность и ее нарушения при соматической болезни. – М.: Медицина, 1972. – С.102-114.
5. Конопчук Н. В. Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства / Н.В. Конопчук, В.К. Мягер. – Л., 1977. – С.140-146.
6. 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.
7. Klerman G. L. Evaluating psychotherapy /G. L. Klerman // Amer. J. Psychiatry. –1982. – №6.–P. 709 –713.
8. Humphris G. M. The Modified Dental Anxiety Scale / G.M. Humphris, T. Morrison, S.J.E. Lindsay // Validation & United Kingdom norms. – 1995. – Vol.12. – P. 143 - 150.
9. Kent G. The Psychology of Dental Care. –2<sup>nd</sup> Edition / G. Kent, A.S. Blinkhorn. – Oxford: Wright, 1991.
10. Kindelan J. D. A comparison of patients requiring orthognathic treatment who subsequently refused or accepted surgery / J.D. Kindelan, C.E. Sheard, R.R. Nashed // Int. J. Adult Orthodon Orthognath Surg. –1998. – Vol.13, №2. –P.115-118.
11. Migliau G. Dental management of patients with cardiovascular disease / G. Migliau //Minerva Stomatol. – 2002. – Vol.51, №1-2. –P.49-63.
12. Либих С. С. Вопросы медицинской психологии и психотерапии / С. С. Либих // Психология больного и психология болезни. – Тамбов, 1974. – С.43-48.
13. Ведяев Ф. П. Нейрофизиологические и эндокринно-вегетативные корреляты экспериментального эмоционального стресса / Ф. П. Ведяев // Сборник научных трудов ХМИ. – Харьков, 1988. – С. 34 - 35.
14. Квасенко А. В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л.: Медицина, 1980. – С.3-9; 74; 82; 105-107; 109-112; 141-143; 150-163.
15. Немчин Т. А. Состояние нервно-психического напряжения / Т. А. Немчин. – Л., 1983. – С.5-9.
16. Прангишвили А. С. Бессознательное. Природа. Функции. Методы исследования / А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассин. – Тбилиси, 1978. – №2. – С.195-216.

17. Изард К. Страх и виды тревожности / К. Изард // Тревога и тревожность. – СПб., 2001. – С. 118.

18. Во В. Epidemiologic survey on mental health of maxillofacial traumatic inpatients / В. Во, S. Zhou, X. Gu // Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2001. – Vol. 36, №5. –Р.382-384.

19. Дворяшин Ю. Е. Психологические резервы выздоровления/ Ю. Е. Дворяшин – Л., 1989. – С.7-9; 11-12.

Поступила 18.04.11



УДК: 616.6:616.724

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

Національний медичний університет

**ПРОЯВИ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ СЕЧОВОЇ  
СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ  
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ  
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО  
СУГЛОБА**

Наведено результати обстеження 222 пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), середній вік яких  $26,3 \pm 8,0$ . Досліджено прояви патології сечової системи.

Прояви аномалій розвитку та інші захворювання нирок і сечового міхура, виявлені у обстежених основної групи, дозволяють припустити існування взаємозв'язку між перебігом патологічних процесів у СНЩС і захворюваннями сечової системи, в основі яких можуть лежати зміни в системі сполучної тканини (СТ).

**Ключові слова:** скронево-нижньощелепний суглоб, дисплазія сполучної тканини, сечова система.

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

Национальный медицинский университет имени

**ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ  
МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО  
СУСТАВА**

Приведено результати обстеження 222 пацієнтів з захворюваннями височно-нижньочелюстного суглоба (ВНЧС), середній вік яких  $26,3 \pm 8,0$ . Исследовано проявлення патології мочевої системи.

Проявления аномалий развития и другие заболевания почек и мочевого пузыря, выявленные у обследованных основной группы, позволяют предположить существование взаимосвязи между течением патологических

процессов в ВНЧС и заболеваниями мочево́й системы, в основании которых могут лежать изменения в системе соединительной ткани (СТ).

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной сустав, дисплазия соединительной ткани, мочево́я система.

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

National Medical University

**MANIFESTATIONS OF PATHOLOGY  
OF ORGANS OF THE URINARY SYSTEM  
IN PATIENTS WITH  
TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISEASES**

Observation results of the 222 patients with the temporomandibular joint (TMJ) diseases, with the average age of  $26.3 \pm 8.0$  are presented in this article.

Manifestations of development anomalies and other diseases of kidneys and urinary bladder, which were revealed in examinations of the main group, allow make an assumption of the existence of interrelation between pathological processes in the TMJ and diseases of urinary system. Changes in the system of connective tissue (CT) could underlie the urinary system diseases.

**Key words:** temporomandibular joint, connective tissue dysplasia, urinary system.

За останні роки проблемі захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) присвячено багато епідеміологічних робіт, у яких звернено увагу на широку поширеність патології СНЩС у осіб різної статі та віку, що розвивається на фоні генетично-детермінованої слабкості сполучної тканини (СТ), що є водночас підґрунтям для виникнення різноманітних супутніх захворювань полігенно-мультифакторної природи, в тому числі органів сечової системи [1-4].

Актуальність дослідження внутрішніх органів і визначення стану СТ у хворих із патологією СНЩС обумовлена зростанням частоти патологічних станів, пов'язаних із дисплазією СТ, яка розвивається в результаті впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища на організм людини під час внутрішньоутробного розвитку та після народження, порушення харчування, зниження рівня якості життя, стрес тощо. Як наслідок – до клініки дедалі частіше звертаються пацієнти молодого віку із проявами диспластичних станів СТ, на фоні яких розвиваються атропатії СНЩС [5-8].

Диспластичні зміни СТ досить часто поєднуються з патологією нирок і сечовивідних шляхів [3, 9, 10]. Майже кожен третій пацієнт має