



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54574** (13) **U**
(51) **МПК (2009)**
A61B 3/00
A61B 5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ТОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ І СТАНУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

1

2

(21) u201008487

(22) 07.07.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ВОЛОВАР ОКСАНА СТЕПАНІВНА, КРИЖАНІВСЬКА ОКСАНА ОЛЕКСАНДРІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб неспецифічної топічної діагностики супутніх захворювань і стану сполучної тканини при патології скронево-нижньощелепних суглобів, що включає збір скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, збір та аналіз родоводу, загальний огляд, пальпацію, перкусію, імунологічні дослідження, ортопантомографію, рентгенографію,

комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, обстеження райдужної оболонки ока, кольору, щільності розташування її трабекул, стан склери, іридогенетичний конституційний тип, вираженість судинної сітки та стан органа зору, який відрізняється тим, що райдужну оболонку ока обстежують за схемами проекційних зон тіла людини і при наявності токсикодистрофічних (просвітлення, пігментні плями) або структурних (розволокнення, лакуни) локальних змін строми; голубому кольорі склер, яскраво вираженій судинній сітці ока та зниженні гостроти зору діагностують наявність супутніх захворювань при патології скронево-нижньощелепних суглобів та слабкість сполучної тканини.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, ортопедії та травматології і призначена для обстеження пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), що виникають на фоні спадково-схильної або набутої слабкості (неповноцінності) сполучної тканини (СТ) організму. Крім того, спосіб може використовуватись при наступних патологіях ЩЛД: травматичні переломи кісток, імплантологія, вроджені та набуті дефекти та деформації, запальні процеси м'яких та твердих тканин.

Актуальність проблеми діагностики супутніх захворювань та дослідження стану СТ у хворих із патологією СНЩС обумовлена високою поширеністю дегенеративно-дистрофічних і деструктивно-запальних захворювань суглобів, відсутністю загальноприйнятого підходу у питаннях їх етіології та патогенезу [1, 2, 3, 4]. Останнім часом надають все більшого значення ролі дисплазії сполучної тканини у формуванні патології СНЩС. Дослідження структурно-функціонального стану та спадкових змін в системі СТ дозволяє з'ясувати у будь-якої людини розлади здоров'я, вади розвитку і деякі захворювання, що виникають на фоні спадково-схильної або набутої слабкості (неповноцінності)

СТ організму, в тому числі, захворювання СНЩС [3, 7, 8, 9]. Вроджена неповноцінність СТ визначає поліорганний характер патології, тому дослідження та аналіз супутніх захворювань необхідні для вироблення комплексного підходу до лікування хворих із патологією СНЩС [2, 3, 4, 5, 6].

Відомі способи діагностики супутніх захворювань та неповноцінності СТ у пацієнтів із патологією СНЩС передбачають: збір скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, збір та аналіз родоводу, загальний огляд (зовнішні та вісцеральні ознаки: антропо-, кефало- та морфометрія), пальпація, перкусія, аускультация, біохімічні методи, імуногенетичні дослідження, денситометричні (ортопантомографія, рентген, комп'ютерна томографія), УЗД дуплексне дослідження, тощо.

Запропоновані способи передбачають довготривале, детальне та складне обстеження пацієнта, залучення спеціалістів суміжних спеціальностей (терапевтів, ендокринологів, рентгенологів, офтальмологів, генетиків тощо) та використання спеціального обладнання, що відповідно робить їх дорогими та ексклюзивними. Окрім цього існують певні вікові (діти, особи похилого віку) та фізіологічні (жінки у період лактації, вагітні, ослаблені пацієнти)

(19) **UA** (11) **54574** (13) **U**

енти) обмеження для проведення променевих та інвазивних методів діагностики [17].

Відомо, що райдужна оболонка ока (РО) являє собою унікальну структуру, складається переважно із елементів СТ і відображає вроджені вади організму, що пов'язані зі станом СТ та закріплені у генотипі до четвертого покоління включно [7, 8, 11]. З усіх відомих екстерорецептивних каналів інформації РО має самий високий ступінь диференціації та концентрації соматичних і вісцеральних проєкційних зон, а її екстерорецептивний канал замикається на самому високому рівні нервової системи. РО - багатофункціональне, морфологічно складне (нервово-судинно-м'язово-пігментне) утворення, в рецепторах якого відбуваються неперервні зміни, пов'язані з впливом світла, з одного боку та патологічними порушеннями в організмі людини - з іншого [10, 12, 14]. Під впливом світлових імпульсів в тканинах райдужки настають загальні та строго локальні зміни пристосувального та захисного характеру. Вони відбуваються під впливом симпатичної нервової системи і регулюються мозковими центрами. Порушення, які виникають в організмі, викликають відповідну нейро-трофічну реакцію рецепторів РО та призводять до зміни певних судинних мікрозон райдужки, до включення чи виключення із функції певної групи меланоцитів, що виражається іридоскопічно у вигляді хроматичних або структурних локальних змін строми - так звані знаки райдужки (просвітлення, пігментні плями, розволокнення, лакуни, кільця, променистість тощо). Оцінка цих змін з урахуванням проєкційних зон тіла людини (соматотопічного поділу) на РО дозволяє з певною точністю встановлювати місце розташування патологічного вогнища, враховуючи іридовісцеральний зв'язок, здійснювати неспецифічну топічну діагностику захворювань [7, 12, 13, 15, 16].

Відомий спосіб діагностики структурно-функціонального стану сполучної тканини організму при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки (прототип), (18), який включає збір скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, збір та аналіз родоводу, загальний огляд, пальпацію, перкусію, імунологічні дослідження, ортопантомографію, рентгенографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію потім обстежують райдужну оболонку ока та стан склери і визначають колір райдужної оболонки, щільність розташування її трабекул, іридодіагностичний тип за Вельхвером та іридогенетичний конституціональний тип за Deck 1 і при світлому кольорі райдужної оболонки, щільності розташування її трабекул вище 4 ступеня, радіально-лакунарному типі за Вельхвером та лімфатичному типі за Deck 1 діагностують слабкість сполучної тканини.

Іридологічна діагностика структурно-функціонального стану СТ організму дозволяє швидко, просто, нешкідливо, інформативно, безболісно, неінвазивно визначити індивідуальний генетичний статус, спадкову схильність до захворювань, спрогнозувати і реалізувати комплексний підхід до проблеми вивчення патології щелепно-лицевої ділянки. Але цей спосіб не передбачає детального аналізу та оцінки локальних структур-

них і хроматичних змін РО з урахуванням проєкційних зон тіла людини (соматотопічного поділу), функціонального стану органів і систем організму, відображених в РО.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає у розширенні інформативності способу, що дозволить провести ранню діагностику супутніх захворювань в залежності від їх іридовісцеральних проявів, скласти віддалені прогнози можливої реалізації органної слабкості й перебігу захворювань, виявити ряд дисфункцій і захворювань у доклінічній стадії.

Технічний результат полягає в покращенні діагностики супутніх захворювань у пацієнтів із патологією СНЩС, що виникають на фоні спадково схильної або набутої слабкості (неповноцінності) СТ організму та можливості прогнозування і реалізації комплексного підходу до проблеми вивчення патології СНЩС зокрема та нездоров'я людини в цілому.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає збір скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, збір та аналіз родоводу, загальний огляд, пальпацію, перкусію, імунологічні дослідження, ортопантомографію, рентгенографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, обстеження райдужної оболонки ока, кольору, щільності розташування її трабекул, стан склери, іридогенетичний конституційний тип, вираженість судинної сітки та стан органу зору, згідно корисної моделі райдужну оболонку ока обстежують за схемами проєкційних зон тіла людини і при наявності токсико-дистрофічних (просвітлення, пігментні плями) або структурних (розволокнення, лакуни) локальних змін строми; голубому кольорі склер, яскраво вираженій судинній сітці ока та зниженні гостроти зору діагностують наявність супутніх захворювань при патології скронево-нижньощелепних суглобів та слабкість сполучної тканини.

Спосіб, що заявляється, застосовують наступним чином.

Райдужну оболонку ока пацієнта обстежують спочатку візуально (іридоскопія) неозброєним оком та за допомогою лупи зі збільшенням у 6 разів (біомікроскопія), фотографують цифровим фотоапаратом Nikon D60 (іридографія), після чого зображення зберігається в базі даних ПК. При необхідності зображення обробляють за допомогою графічних редакторів і програм GIDRA, ESID-3, Adobe Photoshop CS3 10.0 та ACDSee 10 Photo Manager. Для встановлення іридологічного діагнозу пацієнтів оглядають в першій половині дня між 11 і 13 годинами, коли зіниці мають найменший розмір, чітко виявляються загальні та локальні зміни на РО. Звертають увагу на колір РО (світлий, темний), однорідність, щільність волокон (I-VI тип за Jensen B) і пігментних шарів іриса, виявляють натрієве та адаптаційні кільця, лімфатичний розарій, оцінюють стан автономного кільця. Оглядають зіниці, оцінюють їх колір, розмір, форма, деформації, зміщення центрів та оцінюють реакцію на світло. Наступним етапом райдужку оглядають за топографічними зонами і секторами (за Jensen B), починаючи з центральної її частини, звертають

увагу на наявність хроматичних (просвітлення, пігментні плями) або структурних (розволокнення, лакуни, тощо) локальних змін строми. Потім вивчають периферичну частину РО, починаючи з сектора «6.00» циферблатних координат, спочатку праве око за годинниковою стрілкою, потім ліве - проти. Надалі встановлюють належність РО до одного із іридогенетичних конституціональних типів за Вельховер Е.С. (радіальний, радіально-гомогенний, радіально-лакунарний) та Deck I. (лімфатична, гематогенна, змішана конституція). Діагностують стан склер, їх колір та вираженість судинної сітки, стан органу зору. На підставі іридо-топічної діагностики, враховуючи загально-клінічні методи обстеження, встановлюють іридологічний діагноз.

Приклад конкретного використання способу:

Хвора П., звернулась з діагнозом: артропатія скронево-нижньощелепних суглобів. Дисплазія сполучної тканини.

Проведено загально-клінічне стоматологічне дослідження, додатково пацієнтка обстежена іридологічно. Встановлено:

колір РО - світлий, щільність V-типу (слабка РО).

Иридо-генетичні типи: 1) за Вельховер Е.С. - радіально-лакунарний тип; 2) за Deck I. - лімфатична конституція, тип зі слабкістю СТ.

Иридо-тонічно: 1) феномен вибухання автономного кільця в проєкційній зоні жовчного міхура; 2) слабкість сполучної тканини (лакуна) в проєкційній зоні серця; 3) слабкість сполучної тканини в проєкційній зоні нирок; 4) токсико-дистрофічні зміни в проєкційній зоні шлунка та 12-палої кишки; 5) слабкість СТ в проєкційній зоні обличчя. Стан склер: голубий колір, вираженість судинної сітки.

В подальшому підтверджено діагнози профільними спеціалістами. Встановлено: дисплазія СТ. Хронічний холецистит. Загин жовчного міхура. Правосторонній нефроптоз. Проплапс мітрального клапану. Слабкість органу зору (міопія - 0,8).

Спосіб, що заявляється, дозволяє додатково аналізувати і оцінювати захворювання СНЩС в площині поліорганної патології, обумовленої генетично-детермінованою слабкістю СТ, провести ранню діагностику супутніх захворювань в залежності від їх іридовісцеральних проявів, скласти віддалені прогнози можливої реалізації органної слабкості й перебігу захворювань, виявити ряд дисфункцій і захворювань у доклінічній стадії.

Спосіб, що заявляється, апробовано на кафедрі хірургічної стоматології НМУ. Отримано додатні функціональні та анатомічні показники для діагностики і лікування пацієнтів із патологією СНЩС.

Література:

1. Antezak-Bouckoms-AA. Epidemiology of research for temporomandibular disorders. //O J-Orfac-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., Корovina О.А., Герасимова Т.Н., Ибрагимов Г.Ф., Захарова Ю.Н. 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 - 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. Wojanar E. Iridotronics v lecarske genetice //Sbornik mezinarodni konference o iridotronicem Vizcumu. - Havron, 1980. - P. 1 - 2.

9. Deck I. Grundlagen der Irisdiagnostik. - Ettlingen, 1965. - 68 S.

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

11. Deck I. Illustrierte Zeichenlehre. Eingang zum Lehrbuch: Grundlagen der Irisdiagnostik. - Ettlingen, 1987. - 376 S.

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

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

14. Sugita A., Joshioka H., Okita T. Innervation of melanocytes in horioid. -Jap. J. Ophtal., 1983, vol. 27, p. 609-615.

15. Vida F., Deck J. Topographie de L'iris d'apres. - Ulm: Karl F. Hang Verl., - 1954. - 140 S.

16. Bourdiol R.I. Traite d'iridodiagnostic. Maisonneuve. - 1975.

17. Питер Джексон Мейн. Иридодиагностика для всех. - М.: Росмэн, 2005. - 128 с.

18. Патент UA/46677 Спосіб діагностики структурно-функціонального стану сполучної тканини організму при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки. Воловар О.С., Ціленко О.Л., Маланчук В.О., Крижанівська О.О. Бюл. "Промислова власність" №24, 2005р., с. 5.12.