

отличие МГО от существующих методов состоит в следующем: 1) для анализа используются не отдельные, несвязанные между собой признаки внешности, а конкретные точки, между которыми существует внутренняя связь; 2) сравниваются не качественные характеристики, выраженные словами, а количественные показатели константных точек, выраженных графически. Проанализированные результаты расчетов, проведенных по данным КТ, позволяют с уверенностью ассоциировать место проекции точки на мягких тканях по фото, с той же точкой на костной структуре.

**Выводы:** МГО не только позволяет оценивать индивидуальный коэффициент красоты, но и степень выраженности врожденной или приобретенной деформации, а также планировать хирургическое вмешательство и оценивать его результат.

**Summary:** MGE not only allows to estimate the individual "coefficient of beauty" but also degree of expressed innate or purchased deformation, and also to plan surgical interference and estimate his result.

### ИНТРАВИТРЕАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛУЦЕНТИСА И БЕТАМЕТАЗОНА ПРИ ТРОМБОЗЕ ВЕТВИ ЦЕНРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ

### INTRAVITREAL INJECTION OF LUCENTIS AND BETHAMETAZONE IN BRANCH VEIN OCCLUSION

Чичур Д.А., Тодор Г.А., Тодор О.Г.,

Ганюк Е.С., Знаменская М.А. / Chichur D., Todor G.,  
Todor O., Ganyuk E., Znamenskaya M.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тодор Г.А.

Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца

Киевская городская офтальмологическая больница  
"Центр микрохирургии глаза"

Кафедра офтальмологии

(зав. каф.: член-корр. НАМН Украины,  
д.мед.н., проф. Жабоводов Г.Д.)

г. Киев, Украина

Терапия тромбоза центральной вены сетчатки (ЦВС) включает ряд последовательных лечебных мероприятий: назначение антикоагулянтов, фибринолитиков, кортикостероидов, ретинопротекторов, лазерное лечение. Однако улучшение зрения наступает далеко не всегда из-за формирования посттромботической макулопатии в сочетании с выраженным макулярным отеком.

В последнее время с целью прототравращения роста новообразованных сосудов и возникновения вторичной глаукомы применяют интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза: луцентиса (ранибизумаба), авастина (бевацизумаба) (Rosenfeld, 2005, Сергиенко А.Н и соавт. 2010). Для лечения макулярного отека различного генеза в стекловидное тело вводят пролонгированные кортикостероиды (триамциналон, бетаметазон) (Greenberg 2002, Jonas 2003, Park 2003).

Мы представляем случай лечения ретинального флeбoтpомбoзa, сoчeтaющeгoсa с рeзким oтeкoм сeтчaкки в мaкyлaрнoй oблacтaи, с пoмoщью интpавитpeaльнoгo ввeдeния лyцeнтисa и бeтaмeтaзoнa. Пaциeнткa M, 52 лeт пocтyпилa с жaлoбaми нa cнижeниe зpeния пpавoгo глaзa в тeчeнии тpex мeсяцeв. Пpoxлa кypс кoнcepвaтивнoгo лeчeния пo пoвoдy тpомбoзa вeтви ЦBС. Cтaндapтнaя тeрaпия в глaзнoм cтaциoнape нe пpивeлa к yлyчшeнию зpeния. Пpи пocтyплeнии oстрoтa зpeния OD=0,09 c Sph. + 1,5D= 0,3, OS= 0.5 c Sph. + 1.5 = 1.0 D. oфтaльмoлoгичecкий cтaтyс пpавoгo глaзa: пepeдний oтpeзoк бeз видимoй пaтoлoгии, нa глaзнoм днe – ДЗН c чeткими гpaницaми, в мaкyлaрнoй oблacтaи ceтчaткa oтeчнa, пo xoдy cocyдoв нижнeй висoчнoй aркaды мнoжecтвeнныe кpoвoизлияния, вeны paспpиpeны, извиты, aртepии cклepoзирoвaны. Пpи oптичecкoй кoгepeнтнoй тoмoгpaфии (OКT) вьaвлeнo рeзкo вьaжeннoe yтoлщeниe мaкyлaрнoй зoны дo 736 мкм зa cчeт кистoвиднoгo oтeкa ceтчaткки.

Интравитреальное введение препарата Луцентис (ранибизумаб) 5 мг (0,05мл) и флостерон (бетаметазон) 1 мг (0,025 мл) проводили в операционной под местной анестезией трансконъюнктивально по стандартной методике.

Исследование осуществляли через 1, 2, 3 месяца после вмешательства. Уже к концу первого месяца наблюдения острота зрения левого глаза с коррекцией достигла 0,5, а к третьему месяцу – 0,7. Данные ОКТ к концу третьего месяца показали уменьшение толщины сетчатки до 200 мкм. Преретинальная пролиферация и неоваскуляризация не отмечены.

Таким образом, сочетанное введение луцентиса и бетаметазона в случае тромбоза ветви ЦВС привело к положительному клиническому и функциональному результату благодаря синергизму действия этих препаратов.

**Abstract:** combined intravitreal injection of Lucentis and bethametasone in branch vein occlusion decreases macular edema, leads to increase visual acuity and helps to prevent the development of vessels proliferation.

### РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОННОГО КОМПЛЕКСУ У ВИНІКНЕННІ ДИСФУНКЦІЇ СНЦС

### A ROLE OF PSYCHOEMOTIONAL COMPLEX IN ORIGIN OF TMJ DYSFUNCTION

Шкільняк Л.І. / Shkilnyak L.I.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. С.М.Шувалов  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І.Пирогова

Кафедра хірургічної стоматології  
та щелепно-лицевої хірургії  
(зав.каф.: д.мед.н., проф. С.М.Шувалов)  
м. Вінниця, Україна

Дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу (СНЦС) один із важких патологічних процесів, що найчастіше зустрічається практикуючим стоматологам. Склад-

нощі диференціальної діагностики і низька ефективність лікування розладів СНЩС пояснюються невизначеністю її етіології і патогенезу. В Україні ігнорується одна з версій, яка на наш погляд є основою-психосоматична теорія виникнення захворювань СНЩС. Найбільш частими проявами дисфункції СНЩС є болі в жувальних м'язах, при рухах нижньої щелепи, обмеження діапазону руху щелепи, клацання суглобу. Також нерідко спостерігаються головні болі, болі в шийному відділі хребта і емоційні розлади, що дозволяє розглядати дисфункцію СНЩС як психосоматичне страждання.

Загально прийнятою є думка, що виникнення дисфункції СНЩС пов'язане тільки з оклюзійними, просторовими і м'язовими порушеннями. Чому ж тоді в 60%–80% випадків дана патологія зустрічається у осіб з інтактними зубними рядами та ортогнатичним прикусом? Чи не достатньо таких даних для висновку, що причинами виникнення такої патології можуть бути не тільки порушення оклюзії, дефекти зубних рядів та аномалії прикусу? Існує точка зору, що пов'язує виникнення дисфункції СНЩС з психічними травмами і патохарактерологічними особливостям хворих. Вірогідний такий патохарактерологічний ланцюжок: хронічний стрес-парафункція жувальних м'язів (м'язовий спазм, бруксизм) – дисфункція жувальної мускулатури-дисфункція СНЩС. На значну роль психоемоційного комплексу, як одну із причин дисфункції та болі СНЩС, вперше вказав D.Laskin (1969). При больовій дисфункції СНЩС у пацієнтів спостерігаються різні психологічні зміни. Серед психічних порушень переважають пограничні психічні розлади, представлені тривожними, депресивними, obsesивно-фобічними, неврастеничними, іпохондричними і істеричними порушеннями (Е.А.Бульчева, 2010). При діагностиці дисфункції СНЩС 80% пацієнтів складають жінки, до того ж у молодого та зрілого віку, що співпадає з періодом їх найбільш активної соціальної та професійної діяльності. Що також можна вважати підтвердженням психоневрогенної теорії виникнення даної недуги. Адже саме жінки більш чутливі до стресових ситуацій та більш схильні до психічних розладів.

Таким чином, серед причин порушення нервово-м'язового механізму при дисфункціях СНЩС значне місце можна відвести наявності в анамнезі хворих хронічних психічних травм та емоційного стресу.

**Summary:** Appearance of TMJ dysfunction in modern diagnostics and treatment should not be connected only with occlusal, dimensional and muscular disturbances, but also with psychological trauma and emotional stress in anamnesis.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СУЧАСНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА

### EPIDEMIOLOGY OF THE EYE'S MODERN INJURIES

Шпак О.О./ O. Shpak

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Петренко О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: член-кор. НАМН України,

д.мед.н., проф. Г.Д. Жабоводов)

м.Київ, Україна

В системі загального травматизму травма ока і його допоміжного апарату займають ведучу позицію. Серед пошкоджень ока особливе місце належить пораненню допоміжного апарату, особливо повікам. За останні роки змінилась епідеміологія пошкоджень допоміжного апарату ока

**Мета роботи:** вивчення епідеміології травматичних uszkodжень допоміжного апарату ока (ДАО).

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз архівної документації обліку пацієнтів, які звертались за допомогою на пункт невідкладної очної допомоги Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період 1.01.11 по 31.12.11. Зроблено вибірку звернень хворих з травмами ДАО. Хворих з пошкодженням ДАО було розподілено за певними категоріями: вік, стать, вид травми, місце первинного звернення, строки госпіталізації, соціальний статус.

**Результати:** За період з 1.01.11 по 31.12.11 зареєстровано 20718 звернень до пункту невідкладної очної допомоги ОКЛ, серед яких 325 пацієнтів були з травмами ДАО, що складає 1,6%. Серед хворих з травмами ДАО було 296 випадків з пошкодженням повік, 57 – з пошкодженням брів, 6 – з пошкодженням слезових органів, 4 – орбіти, 42 – поєднані пошкодження. Серед постраждалих було 269 (83%) чоловіків і 56 (17%) жінок.

При розподіленні за віком отримані наступні дані: 16-20 років – 40 (12,3%), 21-30 років – 109 (33,4%), 31-40 років – 90 (27,7%), 41-50 років – 41 (12,5%), 51-60 років – 18 (5,5%), 61-70 років – 18 (5,5%), 71-80 років – 6 (1,7%), 81-90 років – 4 (1,2%), >90 років – 1 (0,2%). При розподіленні за віком і статтю отримані такі дані серед чоловіків віком 16-20 років – 33 (12,3%), 21-30 років – 99 (36,8%), 31-40 років – 76 (28,5%), 41-50 років – 33 (12,3%), 51-60 років – 14 (5,2%), 61-70 років – 9 (3,3%), 71-80 років – 4 (1,4%), 81-90 років – 1 (0,2%), >90 років – 0. При розподіленні за віком і статтю серед жінок отримані такі результати: 16-20 років – 7 (12,5%), 21-30 років – 9 (16%), 31-40 років – 16 (28,6%), 41-50 років – 7 (12,5%), 51-60 років – 6 (10,6%), 61-70 років – 6 (10,6%), 71-80 років – 2 (3,5%), 81-90 років – 3 (5,4%), >90 років – 1 (0,3%). Серед звернень з травмами ДАО робітників було 20 (6,2%), службовців – 2 (0,6%), студентів і учнів – 39 (12%), безробітних – 147 (45,2%), інших – 94 (28,9%), пенсіонерів – 23 (7,1%). В першу добу звернулось 306 (94,2%) хворих, 2-3 добу – 15 (4,6%) хворих, 4-10 добу –