

© Масік О.І.

УДК: 616-008:316.62:053.7

Масік О.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології, та психотерапії з курсом ПО (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ОСОБЛИВОСТІ ТЕМПЕРАМЕНТУ ПІДЛІТКІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

**Резюме.** У статті виявлено взаємозв'язок між властивостями темпераменту та психосоматичними розладами у підлітків. Визначені клінічні особливості психосоматичних розладів у підлітків і актуальні проблеми вивчення особливостей особистості та її ролі в виникненні психосоматичних захворювань. Представлено дані результатів дослідження кореляцій індивідуальних властивостей темпераменту у осіб з психосоматичними розладами в залежності від віку, соціального статусу та психопатологічного синдрому.

**Ключові слова:** психосоматичні розлади, темперамент, нейротизм, екстраверсія, інтроверсія, підлітки.

### Вступ

Темперамент істотно впливає на формування багатьох важливих рис людини, її здібностей, виступає необхідною умовою регуляції і адаптації людської поведінки в нормальній ситуації. Найбільш загальною особливістю темпераменту є його немотиваційний фактор, що визначає поведінку людини. На відміну від характерологічних і особистісних реакцій, основою яких служить мотиваційний ряд, що ґрунтується на життєвому досвіді, пізнавальному рівні, інтересі і значимості зовнішніх і внутрішніх процесів, реакції на рівні темпераменту носять інстинктивну специфіку [1].

У підлітковому віці стабілізуються риси характеру та основні форми міжособистісної поведінки. Головні мотиваційні лінії цього вікового періоду пов'язані з активним прагненням до особистісного самовдосконалення [12].

У розвитку психосоматичних порушень у підлітків велику роль відіграє особистісна predisпозиція, своєрідна "готовність" реагувати на ситуацію відповідним "невротичним" способом, яка, передусім, обумовлена темпераментом, типом поведінкової активності та особистісними особливостями [4]. У більшості випадків невротична готовність особистості не являється явно вираженою, тому оцінюється ретроспективно, а на першій план виходять ряд психопатологічних синдромів [3, 9, 11]. Задовго до явних ознак психосоматичних розладів у підлітків виявляються емоційна напруга чи стани хронічної тривожності. Це сприймається як душевний дискомфорт, стурбованість. Виявляються преневротичні (інсомнії, сні з кошмарами (ravor posturnus), тики, патологічні звички, нав'язливі думки), вегетодистонічні (запаморочення, головні болі, серцебиття, задишка, гіперемія обличчя при хвилюванні) та соматичні (підвищена спрага, булемія, субфебрилітет незрозумілого генезу, нудота після прийому їжі, епізодичний зуд) ознаки [6, 7, 8].

Вивчення особливостей характеру, темпераменту та індивідуальних відмінностей, що пов'язані з ними, є актуальною проблемою у підлітків, адже саме темперамент ймовірно обумовлює специфіку й інтенсивність емоційного переживання, індивідуальну ре-

акцію людини на стресогенну ситуацію, що може призводити до розвитку психосоматичних розладів. Ця проблема є досить маловивченою, про що свідчить мала кількість публікацій [10].

**Мета** - вивчення кореляції особливостей темпераменту підлітків з психосоматичними розладами в залежності від віку, соціального статусу та психопатологічної симптоматики.

### Матеріали та методи

Обстежено 202 підлітків-школярів загальноосвітніх шкіл №1, №2 та школи-інтернату м. Хмельницький з використанням клініко-психопатологічного методу, згідно з яким була проведена комплексна оцінка психічного стану респондентів. Підлітки були розподілені за віком на групи: молодшого підліткового віку (10-14 років), середнього шкільного віку (15-16 років) і старшого підліткового або юнацького віку (17-18 років). Також школярі були розподілені за соціальним статусом.

З метою визначення особливостей темпераменту використовували особистісний опитувальник (методика Г. Айзенка для підлітків), який призначений для діагностики екстра-інтроверсії і нейротизму (стабільність-нестабільність). На думку Г. Айзенка, поєднання екстраверсії - інтроверсії та нейротизму - емоційної стійкості є властивостями темпераменту, які визначають його тип. Властивості екстраверсії та інтроверсії протилежні, так, як і нейротизм - емоційна стійкість.

Статистичну обробку баз даних проводили за допомогою комп'ютерної програми Statistica 5.5.

### Результати. Обговорення

В результаті проведеного анкетування 75 підлітків (37,13 %) скаржились на загальну слабкість, зниження працездатності, головний біль, астенію, агрипнію, зниження настрою, емоційну лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивну поведінку, тремор рук і ніг, зниження уваги. Після ретельного клінічного дообстеження і виключення органічної патології, встановлено наявність психосоматичних розладів у даної

**Таблиця 1.** Розподіл темпераменту за тестом Айзенка в залежності від віку підлітків.

Параметри		Підлітки віком 10-14 років n=106		Підлітки віком 15-16 років n=61		Підлітки віком 17-18 років n=35	
		Чол. n=57	Жін. n=49	Чол. n=34	Жін. n=27	Чол. n=12	Жін. n=23
сангвінік	абс.	20	19	9	12	4	6
	%	35,09	38,78	26,47	44,44	33,33	26,09
холерик	абс.	18	13	10	7	6	9
	%	31,58	26,53	29,41	25,93	50,0	39,13
флегматик	абс.	13	9	8	1	-	3
	%	22,81	18,37	23,53	3,70	С	13,04
меланхолік	абс.	3	5	5	4	2	4
	%	5,26	10,20	14,71	14,81	16,67	17,39
змішаний тип	абс.	3	3	2	3	-	1
	%	5,26	6,12	5,88	11,11	С	4,35

**Таблиця 2.** Розподіл темпераменту за тестом Айзенка в залежності від соціального статусу підлітків.

Параметри		Підлітки - сироти n=106		Підлітки з неповної сім'ї n=31		Підлітки з повної сім'ї n=65	
		Чол. n=56	Жін. n=50	Чол. n=20	Жін. n=11	Чол. n=27	Жін. n=38
сангвінік	абс.	16	15	6	3	11	19
	%	28,57	30,0	30,0	27,27	40,74	50,0
холерик	абс.	25	19	8	6	1	4
	%	44,64	38,0	40,0	54,55	3,70	10,53
флегматик	абс.	12	5	3	1	6	7
	%	21,43	10,0	15,0	9,09	22,22	18,42
меланхолік	абс.	3	9	3	-	4	4
	%	5,36	18,0	15,0	-	14,81	10,53
змішаний тип	абс.	-	2	-	2	5	4
	%	-	4,0	-	18,18	18,52	10,53

категорії підлітків.

Для конверсійно-дисоціативного синдрому були характерні такі симптоми, як: відчуття "грудки" при ковтанні, "істеричний клубок", "невротичний шолом" з елементами "умовної бажаності", різноманітні больові відчуття ("як ніж застромлять", пекучий біль, "як розпечений метал"). Ознаки даного синдрому найчастіше виявляли у осіб молодшого підліткового віку (3,5 %), з повної сім'ї (4,0 %) та підлітків-сиріт (3,0 %) з достовірною різницею для усіх випадків ( $p < 0,05$ ).

Тривожно-фобічний синдром супроводжувався наявністю скарг на порушення дихання, серцевої діяль-

ності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжують тривогу, страх. Їх відрізняє "кондиціональність" - виникнення у специфічній ситуації. Вказані симптоми мали місце у 1,49 % дітей середнього підліткового віку та 1,0 % підлітків з неповної сім'ї.

Для тривожно-депресивного синдрому характерні наявність тяжкості на серці, в тілі, загруднинний біль, вегетативні порушення, відчуття внутрішнього тремтіння, вегетативної активації (серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання, та ін.), почуття тиску, печіння. Вказані симптоми мали зв'язок з коливанням афекту у вигляді циркадного ритму. Тривожно-депресивний синдром діагностовано у 4,98 % сиріт, 2,99 % середнього підліткового віку, по 2,48 % у молодшого і старшого підліткового віку та підлітків з повної сім'ї. Різниця достовірна для усіх груп порівняння ( $p < 0,05$ ).

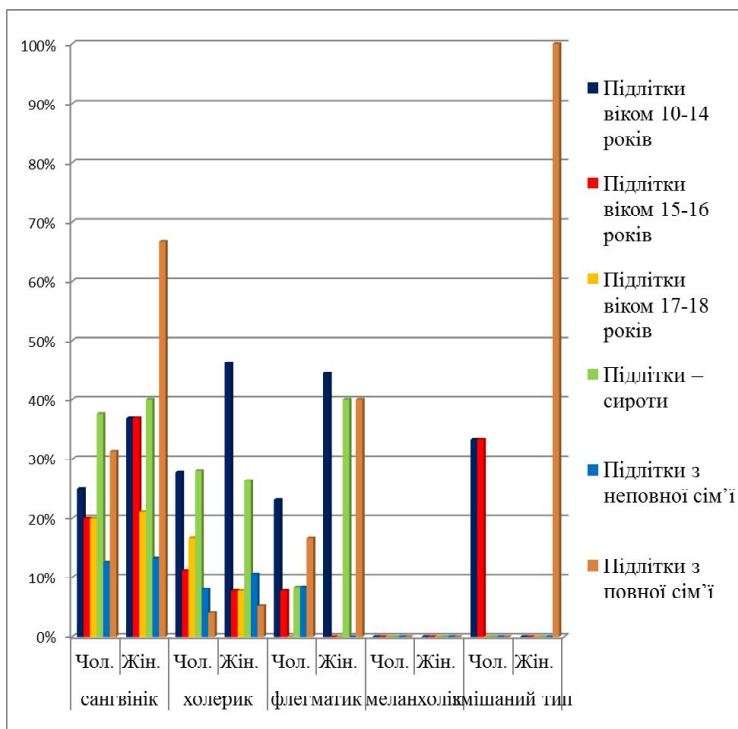
Астено-невротичний синдром проявлявся лабільністю артеріального тиску і пульсу, порушенням секреторної і моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалим субфебрилітетом, загальною слабкістю, зниженням працездатності, головним болем, астеною, психогенною лихоманкою у осіб середнього підліткового віку (9,98 %), старшого підліткового віку (5,87 %), підлітків з неповної сім'ї (7,47 %) та сиріт (7,78 %).

При дослідженні темпераменту в групі респондентів 10-14 років характеристики сангвініка визначено у 36,79 % осіб, холерика у 29,25 %, флегматика у 20,75 %, меланхоліка - у 7,55 %, змішаний тип - у 5,66 %. У групі дітей 15-16 років характеристики темпераменту розподілились таким чином: холерик у 37,70 %, сангвінік у 34,43 % осіб, флегматик у 14,75 %, меланхолік - у 14,75 %, змішаний тип - у 8,20 %. У групі 17-18 років характеристики темпераменту розподілились так: холерик у 42,86 %, сангвінік у 28,57 % осіб, меланхолік - у 17,14 %, флегматика у 8,57 %, змішаний тип - у 2,86 % (табл. 1).

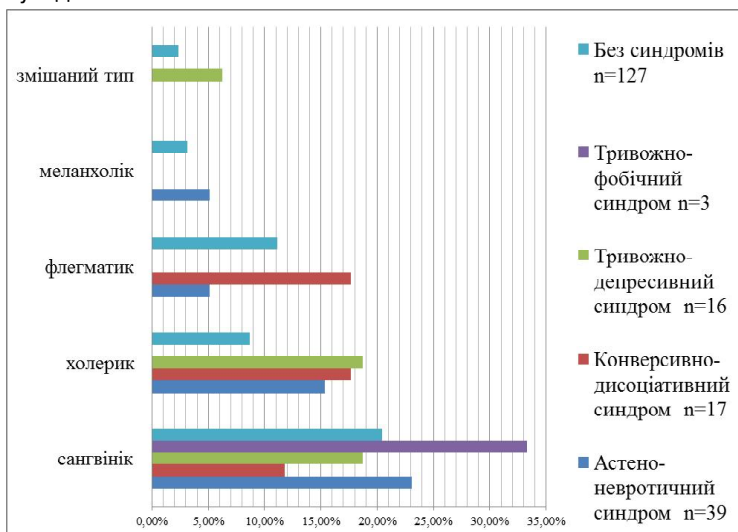
Аналіз результатів дослідження за методикою Г. Айзенка встановив, що найчастіше в усіх вікових групах виявлено темперамент сангвініка (34,65 %) і холерика (31,19 %). Показано, що сангвінік - сильний, урівнова-

**Таблиця 3.** Розподіл темпераменту за тестом Айзенка в залежності від психопатологічних синдромів.

Параметри		астено-невротичний n=40	конверсійно-дисоціативний n=18	тривожно-депресивний n=16	тривожно-фобічний n=3	без синдромів n=125
		сангвінік	абс.	17	4	4
	%	42,5	22,22	25,0	33,33	37,6
холерик	абс.	12	4	9	1	36
	%	30,0	22,22	56,25	33,33	28,8
флегматик	абс.	5	4	2	0	22
	%	12,5	22,22	12,5	0	17,6
меланхолік	абс.	6	4	0	1	12
	%	15,0	22,22	0	33,33	9,6
змішаний тип	абс.	0	2	1	0	8
	%	0	11,11	6,25	0	7,2



**Рис. 1.** Показники по "Шкала брехні" тесту-опитувальника особливостей темпераменту Г. Айзенка в залежності від віку і соціального статусу підлітків.



**Рис. 2.** Показники по "Шкала брехні" тесту-опитувальника особливостей темпераменту Г. Айзенка в залежності від психопатологічних синдромів, виявлених у підлітків.

жений, рухливий екстраверт, швидко пристосовується до нових умов, високо емоційний і комунікативний, натомість холерик - сильний, енергійний та нерівноважений, мало міркує і швидко діє [1].

Темперамент обумовлює характер перебігу психічної діяльності, приховує психічні прояви індивіда, впливаючи на перебіг емоцій та мислення [10]. Однак від цього не залежать ні інтереси, ні соціальні установки, ні моральна вихованість особистості.

Характеристики темпераменту підлітків в залежності від соціального статусу розподілились нерівномірно (табл. 2). Так, у підлітків з повної сім'ї характеристики сангвініка визначено у достовірно більшій кількості осіб (46,15 %) у порівнянні з іншими типами темпераменту. Флегматик - у 20,0 %, змішаний тип - у 13,85 %, меланхолік - у 12,31 %, холерик - у 7,69 % розподіляються рівномірно з найменшою кількістю представників нерівноваженого типу темпераменту.

У школярів з неповної сім'ї розподіл був по типам темпераменту наступним: холерик - 45,16 %, меланхолік - 38,71 %, сангвінік - 29,03 % осіб, що вказує на рівномірний розподіл типів темпераменту [1], флегматик визначався у 12,90 %, змішаний тип - 6,45 % підлітків.

У сиріт найчастіше виявлявся темперамент холерика - у 41,51 % і сангвініка у 29,25 % осіб, тоді як істотно рідше - флегматика у 16,04 %, меланхоліка - у 11,32 %, змішаний тип - у 1,89 % підлітків. Достовірно низький рівень слабкого меланхолічного темпераменту, який характеризується нерішучістю і слабкою здатністю долати труднощі, може вказувати на потребу дітей-сиріт в активній поведінці, енергійності, здатності до ефективних дій у прагненні досягнення мети.

Дослідження темпераменту підлітків в залежності від психопатологічних синдромів виявило, що достовірно частіше зустрічався темперамент холерика при тривожно-депресивному синдромі (56,25 %), тоді як при астено-невротичному - темперамент сангвініка (42,6 %) і холерика (30,0 %), а при тривожно-фобічному і конверсивно-дисоціативному синдромах всі типи темпераменту визначались рівномірно (табл. 3).

Встановлено достовірний кореляційний зв'язок за Спірменом між типом темпераменту та психопатологічними синдромами, виявлених у підлітків ( $r = 0,13$ ,  $p < 0,05$ ).

Тест Айзенка включає також питання "шкали брехні". При оцінці щирості-нещирості випробуваного, його ставлення до обстеження та достовірності результатів виявлено найвищу суму балів у 46,13 % осіб віком 10-14 років, 36,84 % віком 15-16 років і 21,05 % віком 18-18 років, різниця в порівнянні показників недостовірна ( $p > 0,05$ ).

Достовірно вищі значення "шкали брехні" в залежності від соціального статусу підлітків. Так, у сиріт показник складає 25,47 %, підлітків з неповної сім'ї - 29,03 % і 32,31 % підлітків з повної сім'ї (рис. 1, рис. 2).

Волошко Н.І. виділяє наступні риси: 1) уражене почуття гідності; 2) егоцентричність (егоїзм); 3) звуження інтересів; 4) агресивність; 5) невідповідність домагань

можливостям; 6) постійна демонстрація надмірної мужності; 7) істероїдність, як найвиразніші у підлітків-сиріт і дітей з неповних сімей [2]. Натомість упевненість в своїх силах і можливостях, довіря до себе і віра в себе, висока самооцінка, емоційна стабільність і певна безтурботність - як індивідуально-психологічні особливості, що розвиваються дітей з повних сімей.

Найпоширенішим способом пристосування підлітка до вимог соціуму є формування індивідуального стилю темпераменту, який поступово виробляється протягом усього життя. При високому рівні нейротизму спостерігається невірноваженість нервово-психічних процесів, емоційна нестійкість, а також лабільність вегетативної нервової системи, властива мінливість настрою, чутливість, тривожність, підозрливість, нерішучість, повільність. Низький рівень нейротизму - це емоційна стабільність особистості, яка відрізняється урівноваженістю, спокоєм, рішучістю, виваженістю дій і вчинків.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна розглядати ряд індивідуальних характеристик особистості, як детермінанти формування різних психосоматичних захворювань. Передбачається існування пре-психосоматичного особистісного радикала - ряду особистісних особливостей, які призводять до захворювання, це вогнище психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластичне переживання. Основною причиною формування цього радикала є обмеження фундаментальних домагань особистості, особливо почуття гідності, що впливає з домінуючого інстинкту. При поразках мозку й при наявності психофізіологічного дефекту прояви радикалу збільшуються [5]. Він формується в дитячому й підлітковому віці, частіше у осіб холеричного та флег-

матичного темпераментів. Клінічні прояви темпераменту, відбивають лише кількісну сторону психічної діяльності. Вони не несуть змістового навантаження, оскільки є біологічним продуктом [9]. В екстремальних умовах вплив темпераменту на ефективність життєдіяльності суттєво зростає, бо попередні засвоєні форми поведінки стають неефективними і виникає потреба у додатковій мобілізації організму, аби впоратися з несподіваними чи дуже сильними зовнішніми впливами.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Найчастіше в усіх вікових групах виявлено темперамент сангвініка (від 28,57 % у старшому підлітковому віці до 36,79 % у молодшому підлітковому віці) і холерика (від 29,25 % у групі молодшого підліткового віку до 42,86 % у групі старшого підліткового віку).

2. Характеристики сангвініка визначено у достовірно більшій кількості осіб (46,15 %) підлітків з повної сім'ї, тоді як з неповної сім'ї у 29,03 %, у сиріт - 29,25 %. Натомість темперамент холерика встановлено у 45,16 % осіб з неповної сім'ї, у 41,51 % сиріт і у 7,69 % підлітків з повної сім'ї.

3. При тривожно-депресивному синдромі достовірно частіше зустрічався темперамент холерика (56,25 %), тоді як при астено-невротичному - темперамент сангвініка (42,6 %) і холерика (30,0 %), при тривожно-фобічному і конверсивно-дисоціативному синдромах типи темпераменту розподілялись рівномірно.

У подальшому дослідженні необхідно розробити рекомендації щодо психокорекції особливостей темпераменту підлітків з психосоматичними розладами.

### Список літератури

1. Вервейко И. Н. Учет психологических свойств личности в управлении персоналом [Электронный ресурс] / И.Н. Вервейко // Режим доступа: <http://econf.rae.ru/pdf/2012/11/1809.pdf>
2. Волошко Н. І. Індивідуально-психологічні властивості як детермінанти здорового способу життя особистості [Електронний ресурс] / Н.І. Волошко // Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/6213/1/Стаття11.pdf>
3. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. - СПб: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2000. - 287 с.
4. Можгинский Ю. Б. Психические болезни подростков: психопатология, лечение: клиническое руководство. - М.: Триада-фарм, 2003. - 224 с.
5. Мозгова Г. П. Соціально-психологічні проблеми особистості [Текст] / Г. П. Мозгова, О. В. Уваркіна // Педагогічні науки. - 2011. - Вип. 95. - С. 141-146.
6. Пипа Л.В. Динаміка загально-адаптивних реакцій організму та показників крові у дітей із рецидивуючими бронхітами в умовах санаторно-курортної реабілітації [Текст] / Л.В. Пипа, Н.В. Пілюйко, А.В. Філик // Клінічні дослідження - міждисциплінарна проблема. Дитячий лікар. - 2014. - № 7 (36). - С. 1-5.
7. Римша С. В. Клініко-фізіологічні основи психосоматичних співвідношень в дитячому віці [Текст] / С.В. Римша, Н.М. Смолко, Д.Г. Смолко / Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2010. - № 15. - С. 104-108.
8. Римша С. В. Соматоформні розлади в кризові періоди життя [Текст] / С.В. Римша, Н.М. Смолко // Мистецтво лікування. - 2008. - № 4 (50). - С. 57-59.
9. Собенников В. С. Соматизация и психосоматические расстройства: монография / В.С. Собенников, Ф.И. Белялов. - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. - 230 с.
10. Харченко Д. М. Особливості темпераменту у осіб з психосоматичними розладами [Текст] / Д.М. Харченко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць // Екологічна психологія. - 2009. - Т. 7, Вип. 19. - С. 256-260.
11. Чабан О. С. Психосоматичні розлади [Текст] / О.С. Чабан, І.І. Кутько, О.О. Хаустова // Сімейна медицина. - 2009. - № 1. - С. 15-18.
12. Огороднійчук З. В. Особливості темпераменту підлітків з легкою розумовою відсталістю [Електронний ресурс] / З.В. Огороднійчук // Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&image\\_file\\_name=PDF/Nchnpu\\_019\\_2014\\_26\\_76.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&image_file_name=PDF/Nchnpu_019_2014_26_76.pdf)

**Масик О.И.**

### ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Резюме.** В статье выявлена взаимосвязь между свойствами темперамента и психосоматическими расстройствами у подростков. Определены клинические особенности психосоматических расстройств в подростков и актуальные проблемы изучения особенностей личности и её роли в возникновении психосоматических заболеваний. Представлены данные результатов исследования корреляций индивидуальных свойств темперамента у лиц с психосоматическими расстройствами в зависимости от возраста, социального статуса и психопатологического синдрома.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, темперамент, нейротизм, экстраверсия, интроверсия, подростки.

**Masik O.I.**

### TEMPERAMENT CHARACTERISTICS IN TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

**Summary.** In the article the connection between properties of temperament and psychosomatic disorders for teenagers is discovered. Certain clinical features of psychosomatic disorders are defined so us current issues of the investigative process of features of personality and their role in the origin of psychosomatic diseases. The result data of research of individual properties correlations of temperament are presented for persons with psychosomatic disorders depending on age, social status and abnormal psychology syndrome.

**Key words:** psychosomatic disorders, temperament, neuroticism, extroversion, introversion, teenagers.

*Рецензент - д.мед.н. Мостова О.П.*

*Стаття надійшла до редакції 25.08.2016р.*

*Масик Олег Ігорович - аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; doctor20000@yandex.ru*

© Мороз В. М., Гунас І. В., Дмитрієв М.О., Прокопенко О.С.

УДК: 616-071.3:675.1:611.984:612.655/.656

**Мороз В. М., Гунас І. В.\*, Дмитрієв М.О., Прокопенко О.С.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна),

\*Міжнародна академія інтегративної антропології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## КОРЕЛЯЦІЇ ЛІНІЙНИХ ПОКАЗНИКІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ ТА ПРОФІЛЮ М'ЯКИХ ТКАНИН ЛИЦЯ У МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

**Резюме.** В статті описані особливості зв'язків лінійних показників нижньої щелепи з характеристиками положення зубів і профілю м'яких тканин обличчя у мешканців України юнацького віку. У юнаків встановлена найбільша кількість зв'язків практично всіх лінійних показників нижньої щелепи з усіма характеристиками змикальної площини (переважно зворотних), переважно прямих, з частиною характеристик положення зубів (присінково-язичні нахили 12 і 13 зуба, відстань 1u\_Avert і кут Max1\_SN) та лінійними характеристиками м'яких тканин (товщина м'яких тканин підборіддя, відстань Pog\_NB і Sn\_H line, глибина носогубної складки, кут Z). У дівчат встановлена найбільша кількість, переважно зворотних, зв'язків з усіма характеристиками змикальної площини і, переважно прямих, з частиною положення зубів (кути нахилу верхнього і нижнього ікла у стріловій площині); та лінійних характеристик м'яких тканин (товщина м'яких тканин підборіддя, кут Z) із відстанями PFH, PN\_Pog і S\_L.

**Ключові слова:** цефалометрія, одонтометрія, юнаки, дівчата, лінійні показники нижньої щелепи, показники положення зубів та профілю м'яких тканин.

### Вступ

Порушення взаємозв'язків між елементами зубо-щелепної системи призводить до зміни "звичного" типу жування, фонетики і відповідно оклюзії зубних рядів, що позначається на характері розподілу механічних напружень в кістково-м'язовому комплексі щелепно-лицьової ділянки. При порушеннях цієї відповідності напружуються не лише м'язи, що підтримують нижню щелепу, а й усього тіла в цілому. Надалі відбувається порушення симетрії скелета [9, 12].

При усуненні даних порушень телерентгенографічне і конусно-променево комп'ютерне томографічне дослідження використовуються не тільки з метою первинної діагностики, а й на допомогу лікарю-стомато-

логу при здійсненні ряду лікувальних заходів і контролю за їх якістю. Розвиток цефалометричних аналізів на основі зазначених досліджень дозволив ортодонтії вивчати різні черепні і дентальні співвідношення. Проте, літературні дані свідчать про неоднозначність досліджень, присвячених взаємозумовленості розмірів щелеп з характеристиками профілю зубів і м'яких тканин обличчя [1, 2, 3].

Розглядаючи доцільність застосування у практичній діяльності зазначених даних, необхідно відзначити, що орієнтуватися на абсолютні їх величини можна лише при впевненості в ідентичності виконання етапних знімків. Це пов'язано як з відмінностями абсолютних