

Національна
академія медичних
наук України

ДУ «Інститут ядерної
медицини та променевої
діагностики
НАМН України»

Асоціація клінічної
та академічної
радіології України

№1, том 15, 2024

<https://doi.org/10.37336/2707-0700-2023-2>



Рецензований
науково-практичний
журнал радіологів України

ISSN 2707-0697 (Print)
ISSN 2707-0700 (Online)

Radiation Diagnostics Radiation Therapy

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Дикан І.М.

Шеф-редактор
Колотілов М.М.

Бабій Я.С.
Бабкіна Т.М.
Вороньжев І.О.
Динник О.Б.
Іванова М.Ф.
Козаренко Т.М.
Король П.О.
Лук'янова І.С.
Мірошніченко С.І.
Тарасюк Б.А.
Федьків С.В.
Чехун В.Ф.

Чувашова О.Ю.
Щербина О.В.
Donald F. Schomer (США)
Leo Wolansky (США)
Rajan Jain (США)

Редактор-перекладач
Матвійчук О.А.

Комп'ютерна верстка
Петрушко В.Й.

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Вченою радою
ДУ «Інститут
ядерної медицини
та променевої діагностики
НАМН України»
від 22.02. 2024.
Протокол №2



Свідectво про державну реєстрацію
КВ № 24126-13966 ПР від 05.07.2019

Засновано у вересні 2010 р.
та до вересня 2019 р. виходило під назвою
«Лучевая диагностика. Лучевая терапия»
Періодичність: 4 рази на рік

Індексується в наукометричних базах,
каталогах і бібліотеках

Національна бібліотека України
імені В. І. Вернадського

Google
Академія



MINISTRY
OF EDUCATION AND SCIENCE
OF UKRAINE

Наказом Міністерства освіти і науки України від 29 червня 2021,
№ 735 журнал включено до Списку наукових фахових видань
України, де можуть публікуватись результати дисертаційних
робот на здобуття наукового ступеня доктора наук
та доктора філософії (категорія «Б»)

Видавець і редакція не несуть відповідальності за наслідки,
пов'язані з використанням представленої в журналі інформації

Засновник та видавець: ДУ «Інститут ядерної медицини
та променевої діагностики НАМН України»

Підписано до друку 20.02.2024. Формат 60x84/8.

Папір крейдований. Умов. друк. арк. 9,5.

Тираж – 300 прим.

Адреса редакції: вул. П. Майбороди, 32,
м. Київ, 04050 тел./факс: (044) 489-00-94 (044) 490-23-06
e-mail: ldlt-journal@ukr.net
<http://rdrt.com.ua/index.php/journal>

Діяльність установ НАМН та МОЗ України

Наукова діяльність ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України» в 2023 р.: 25-річний ювілей І.М. Дикан, Б.А. Тарасюк, І.В. Андрющенко.....	7
---	---

Оригінальні дослідження

Ехографічна діагностика пухлин слинних залоз Р.Я. Абдуллаєв, П.О. Король, О.В. Щербіна, Р.Р. Абдуллаєв.....	15
---	----

Порівняння ультразвукових параметрів та функції нирок при хронічному пієлонефриті Фидан Фуад Сардарли.....	23
---	----

Кореляція між гепаторенальним індексом та коефіцієнтом згасання ультразвуку для оцінки стеатозу печінки М.М. Жайворонок, О.А. Федусенко.....	35
---	----

Інформативність дифузійно-зваженої МРТ при обстеженні хворих з первинними злоякісними та метастатичними пухлинами печінки В.П. Романюк, Т.Є. Мацієвський.....	43
--	----

Стрес-ехокардіографія з використанням методики strain imaging під час внутрішньовенного введення дипіридамолу для діагностики мікрovasкулярної стенокардії Г.Б. Маньковський, Є.Ю. Марушко, Я.Ю. Джунь, Н.М. Руденко.....	52
---	----

Огляд оглядів

ТОП-100 високоцитованих статей з радіології: огляд оглядів І.М. Дикан, М.М. Колотілов.....	58
---	----

Огляд та портфоліо

Синдром Гітельмана: огляд і портфоліо Л.Р. Забудська, Л.В. Попова, В.А. Назаренко, О.В. Дружинін.....	70
---	----

Лекція

Клінічна та диференційна діагностика найпоширеніших захворювань з проявами макрохейліту О.Ф. Несин, К.Є. Печковський, Т.О. Тімохіна, О.С. Куваєв, І.М. Печковська.....	80
Інформація для авторів.....	86

Клінічна та диференційна діагностика найпоширеніших захворювань з проявами макрохейліту

О.Ф. Несин¹, К.Є. Печковський¹, Т.О. Тімохіна¹, О.С. Куваєв¹, І.М. Печковська²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

²Приватний вищий навчальний заклад "Київський медичний університет"

Для цитування: О.Ф. Несин, К.Є. Печковський, Т.О. Тімохіна, О.С. Куваєв, І.М. Печковська. Клінічна та диференційна діагностика найбільш частих захворювань з проявами макрохейліту. Radiation diagnostics and radiation therapy. 2024;15(1): 80-85. <https://doi.org/10.37336/2707-0700-2024-1-9>.

Cite: Nesyn OF, Pechkovskiy KE, Timohina TO, Kuvaev OS, Pechkovska IM. Clinical and differential diagnostics of the most frequent diseases with macrocheilitis manifestations. Radiation diagnostics, radiation therapy. 2024; 15(1): 80-85. <https://doi.org/10.37336/2707-0700-2024-1-9>.

Хейліт – запалення слизової оболонки, червоної облямівки та шкіри губ. Під цим терміном об'єднані різноманітні ураження губ, які складають три групи захворювань: самостійні захворювання губ, симптоматичні хейліти та ураження губ, як складова (симптом) одного з синдромів. Серед самостійних захворювань губ виділяють хронічну лімфедему губ (лімфедематозний макрохейліт) [4,5].

Хронічна лімфедема губ – вид макрохейліту, що має різні причини виникнення і обумовлений спільною патогенетичною ланкою: оклюзією лімфатичних капілярів, порушенням відтоку та застоєм лімфи в лімфатичних судинах губ, що веде до стійкого набряку [1,5].

Провокуючими факторами, які передували виникненню чи викликали рецидив набряку губи (рецидив хронічної лімфедеди губ), є: травма; інфекції шкіри губ та обличчя (хронічний рецидивний герпес, бешихове ураження); загострення вогнищ хронічної інфекції в періодонті чи пародонті (гострі чи загострені запальні захворювання пародонта, загострення генералізованого пародонтиту); травма, опік, обмороження губ; хронічна тріщина губи; стрептококовий ангулярний хейліт; ексудативна форма ексофліативного хейліту чи загострення простого гландулярного хейліту; хронічний гайморит,

хірургічні втручання у фронтальній ділянці зубів, альвеолярних відростків та ін. [1,2].

Недостатня обізнаність лікарів – стоматологів про різноманітні чинники виникнення хронічної лімфедеди губ та особливості перебігу набряку губ при цьому захворюванні нерідко призводять до діагностичних помилок, і як наслідок, – до не ефективного лікування.

Мета роботи: звернути увагу на питання диференційної діагностики хронічної лімфедеди губ з найбільш схожими за спільною клінічною ознакою (збільшення губ) захворюваннями, що допоможе практичним лікарям мінімізувати діагностичні та лікувальні помилки.

За клінічними, функціональними та морфологічними ознаками розрізняють три клінічні форми захворювання: транзиторна, лабільна і стабільна [1,5].

Транзиторна форма хронічної лімфедеди губ. Розвивається в терміни до 6 місяців від початку захворювання. Проявляється обмеженим, одностороннім набряком губи в результаті порушення мікроциркуляції лімфообігу функціонально-динамічного, механічного, резорбційного характеру з лімфангіоектазіями, гіпертензією, лімфостазом, має стадійний, рецидивний перебіг і, в кінцевому

результаті, призводить до стійкого набряку губ. Рецидиви спостерігаються один-два рази на місяць. Набряк, зазвичай, не поширюється за межі губ. Шкіра губ у ділянці ураження напружена, не береться в складку, помірно гіперемована. При цій формі порушення лімфовідтоку має переважно функціональний характер, тому процес є зворотнім і набряк поступово регресує, як правило, повністю, рідше – частково [рис. 1].



Рис.1. Хронічна лімфедема нижньої губи, транзиторна форма.

Лабільна форма хронічної лімфедери губ. Формується у строки від шести місяців до одного року після початку захворювання, зазвичай після транзиторної форми. Захворювання характеризується субкомпенсованим прогресуючим лімфостазом, нестійким хвилюподібним перебігом. Набряк губи рецидує двічі-тричі на місяць. Вираженість набряку змінюється переважно в ранкові та вечірні години, не зникаючи повністю протягом доби. При лабільній формі спостерігається значне збільшення об'єму однієї або обох губ. Носо-губні складки згладжені. Набряк поширюється за межі губ. Губа або обидві випнуті вперед. Шкіра губ, червона облямівка та шкіра навколоротової області в період рецидиву гіперемовані, напружені. Виражена пастозність тканин, при натисканні залишаються сліди пальців у вигляді невеликих заглиблень. Слизова оболонка губи набрякла, з відбитками зубів. Пальпаторно – тканини губи тістоподібної консистенції, безболісні [рис. 2].

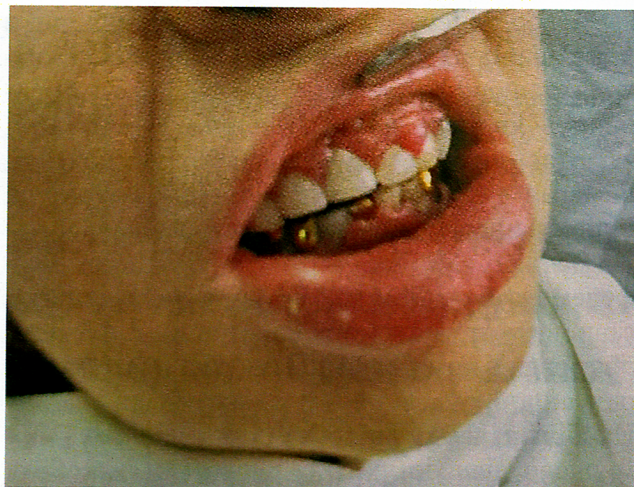


Рис.2. Хронічна лімфедема нижньої губи, лабільна форма.

Стабільна форма хронічної лімфедери губ є результатом нелікованих або резистентних до терапії транзиторної і лабільної форм захворювання. Губи при цій формі постійно збільшені зі стійким і незворотнім набряком за рахунок сталого порушення лімфовідтоку і мікроциркуляції, заміщення нормальних структур сполучною тканиною з розвитком фіброзу та склерозу, причому, ці зміни поширюються і на прилеглі ділянки обличчя, що проявляється розвитком вторинного набряку: губи збільшені, вивернуті, шкіра періоральної ділянки та червона облямівка губи застійно-ціанотична, ціанотичні, шкіра губ огрубіла, щільна при пальпації, тістоподібної консистенції, в складку не береться [рис. 3].

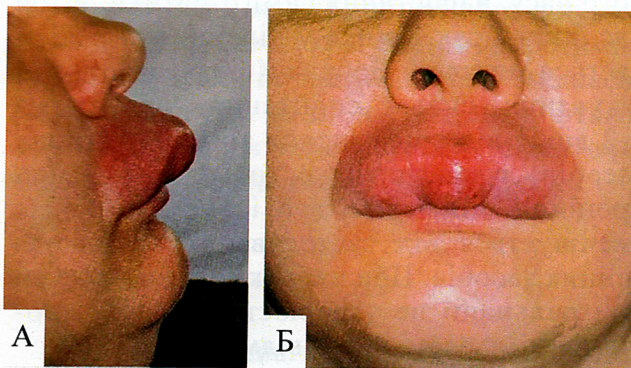


Рис. 3. Хронічна лімфедема верхньої губи, стабільна форма: а – вигляд збоку, б – вигляд спереду.

Хворим на стабільну форму хронічної лімфедери губ властива психо-емоційна нестійкість, пригнічений стан, обмежена ко-

мунікабельність, замкнутість. Такі пацієнти дратівливі, часом істеричні. Може розвиватися канцерофобія. Дане захворювання призводить хворого до соціальної дезадаптації, заважає йому реалізуватися в суспільстві, вимагає додаткових матеріальних витрат на відновлення психо-емоційного стану.

Велика клінічна схожість хронічної лімфедми губ з іншими формами макрохейлітів становить труднощі для клініцистів і, на жаль, обумовлює помилки в діагностиці цього захворювання. Як наслідок – неадекватне лікування. Найбільш часто хронічну лімфедему губ помилково діагностують (і лікують!) як набряк Квінке, загострений (чи гострий) періодонтит одного з фронтальної групи зубів; набрякову форму хронічного рецидивного герпесу; синдром Меркельсона – Розенталя та ін.

Можливість діагностичної помилки найбільш вірогідна із-за великої клінічної схожості за провідною ознакою – макрохейлія, спільною для цих захворювань. Але ж попередній діагноз повинен ґрунтуватися на низці клінічних ознак (а не на одному якомусь симптомі), а затим – необхідна верифікація діагнозу, для чого вдаються до додаткових методів обстеження і проводять диференційну діагностику, де треба проаналізувати і співставити ознаки захворювання даного хворого з характерними ознаками кожного захворювання [3].

Від **набряку Квінке**, хронічну лімфедему губ відрізняє повільне, впродовж тривалого часу, наростання симптоматики, в той час, як набряк Квінке у ділянці губ розвивається миттєво. Набряк Квінке, навіть без лікування, спадає спонтанно – впродовж 1-2 діб, а від призначення антигістамінних засобів – спадає швидко, тоді як набряк при хронічній лімфедмі губ існує довго і не зменшується від застосування антигістамінних засобів. При набряку Квінке «ямка» при пальпації не утворюється, а при хронічній лімфедмі губ – відмічається.

Від **гострого чи загостреного хронічного періодонтиту** одного з фронтальної групи зубів з наявністю колатерального набряку, хронічна лімфедема губ відрізняється відсутністю наростаючої болючості при накушуванні на причинний зуб, швидкого набряку губи, що розвивається в середньому за 3-5 діб. При хро-

нічній лімфедмі губ відсутні ознаки загальної інтоксикації: підвищення температури і болісна реакція регіональних лімфовузлів.

Нерідко під час прояву набряку губ (макрохейліту) відсутні видимі причинні фактори, що призводять до нього. Тому, у комплексному обстеженні хворих на хронічну лімфедему губ, особливо у випадках відсутності клінічно видимих провокуючих факторів (навіть при інтактних на вигляд зубах), необхідно провести рентгенографію групи фронтальних зубів для виявлення чи виключення прихованих вогнищ інфекції в періапикальних тканинах чи в пародонті.

Наводимо приклади ортопантограм хворих, у яких вогнища хронічної інфекції у пародонті чи в періодонті викликали прояви хронічної лімфедми губ.

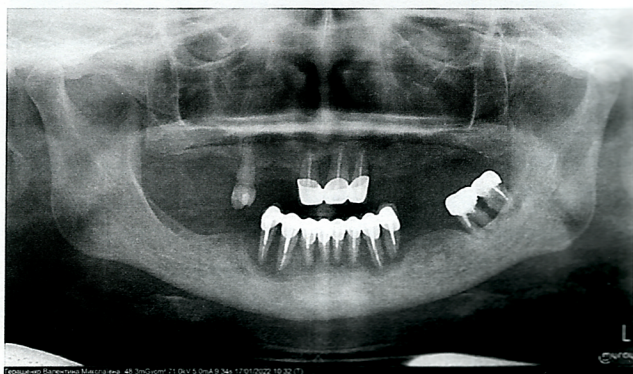


Рис. 4. Генералізований пародонтит, II-III ступінь, хронічний перебіг. У ділянці 31, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 43, 44 зубів резорбція кістки альвеолярного відростка сягає за межі верхівок коренів зубів. Хронічний гранулюючий періодонтит 21 і 22 зубів.

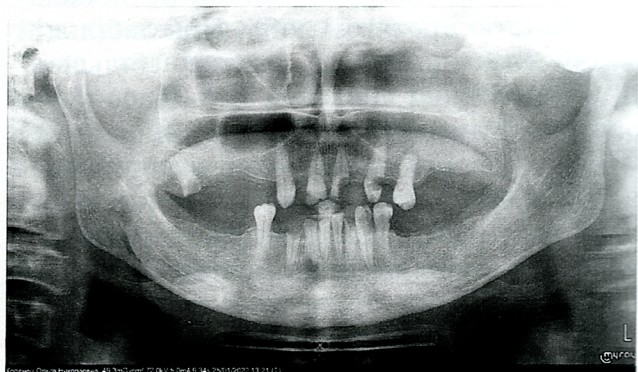


Рис. 5. Хронічний гранулюючий періодонтит 18, 21, 23, 32, 33, 34 зубів. Хронічний гранулематозний періодонтит 42, 43 зубів.

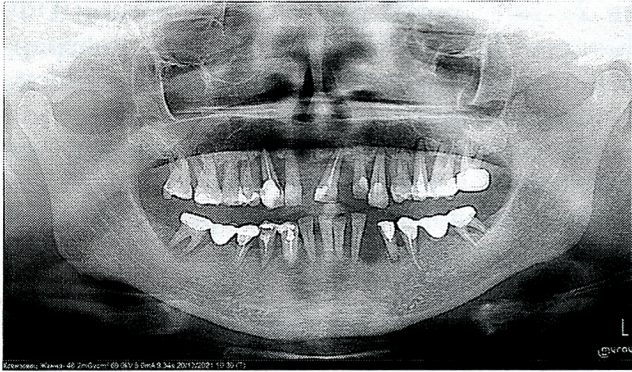


Рис. 6. Генералізований пародонтит, II-III ступінь, хронічний перебіг.



Рис. 7. Радикулярна кіста в ділянці 31, 32, 41 зубів.

Від **набрякової форми хронічного рецидивного герпесу** хронічна лімфедема губ відрізняється відсутністю гостро розвитку з болем і колатеральним набряком губи, нерідко з наявністю загальних явищ і болісною реакцією регіонарних лімфовузлів. При огляді на СОПР губ не виявляють болісних дрібних кругленьких ерозій або афт чи поширених поверхневих ерозій з дрібнофестончастими (поліциклічними) обрисами. Також при хронічній лімфедемі губ набряк безболісний, відсутні будь-які елементи ураження з порушенням цілісності слизової оболонки порожнини.

Від **синдрому Меркельсона – Розенталя**, що також проявляється розвитком стійкої макрохейлії, хронічну лімфедему губ відрізняє відсутність інших класичних складових синдрому: складчастого язика і рецидивуючого пареза лицевого нерва.

Від **первинного сифілісу**, при якому виникає тривале і безболісне збільшення губи, на слизовій оболонці чи червоній каймі губ

утворюється безболісна ерозія, правильної форми, м'ясо-червоного кольору, з щільним інфільтратом в її основі, з регіонарним склераденітом, хронічну лімфедему губ відрізняє відсутність порушення цілісності слизової оболонки і склераденіту.

Від **міліарно-виразкового туберкульозу губ**, який теж супроводжується набряком губ, хронічну лімфедему губ відрізняє відсутність порушення загального стану у хворих. Вони не мають хворобливого вигляду, анемічності видимих слизових оболонок і шкіри, виразної слабкості, не покашлюють. На слизовій оболонці порожнини рота немає болісної поверхневої, повільно повзучої виразки з підритими нерівними краями і з горбиками на дні, відсутні пакети спаяних м'яких підщелепних лімфовузлів.

Набряк губи характерний також для **бешихи**, яка супроводжується: значним погіршенням загального стану хворого на фоні виникнення запальної плями шкіри чи слизової оболонки губи, з гарячкою до 40 градусів С, сильним головним болем, «ломотою» у м'язах, нудотою, збільшенням лімфовузлів. Шкіра червоніє, запалення швидко розповсюджується на видимо здорову шкіру, краї ділянки ураження нерівні («язики полум'я»). В той же час, набряк губи при лімфедематозному хейліті не супроводжується підвищенням температури, розвивається поступово, носить рецидивний характер; при транзиторній та лабільній формах захворювання може зменшуватися і, навіть, зникати без лікування, відсутні зубчасті краї еритеми; протимікробне лікування не призводить до зменшення набряку губи, в той час, як антибіотикотерапія призводить до усунення симптомів бешихового запалення губ і їх набряку.

Висновки

В клінічній діагностиці хронічної лімфедери губ необхідно враховувати давність захворювання, швидкість наростання набряку та його регресії, частоту рецидивів, стан шкіри та слизової оболонки губ в ділянці набряку, виявити і максимально усунути провокуючі фактори.

В комплексному обстеженні хворих на

хронічну лімфедему губ, особливо у випадках відсутності клінічно видимих провокуючих факторів (навіть при інтактних на вигляд зубах), необхідна рентгенографія групи фронтальних зубів для виявлення чи виключення прихованих вогнищ інфекції в періапикальних тканинах чи в пародонті.

Література

1. Коваль НІ, Несин ОФ, Коваль ЄА. Захворювання губ. Клінічна картина. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика. Київ: Медицина, 2013. 344 с.

2. Коваль НІ, Вороніна ІЄ, Несин ОФ, Коленко ЮГ. Сучасний підхід до диференційної діагностики макрохейліта. Сучасна стоматологія. 2016; (4): 20-23.

3. Несин ОФ. Аспекти диференційної діагностики ерозивних і виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота. Київ: Книга плюс, 2019. 264 с.

4. Borysenko AV, Antonenko MYu, Nesyn OF. Oral mucosa diseases. Odesa: Medicine, 2015. 328 p.

5. Borysenko AV, Lynovytska LV, Nesyn OF, Kolenko YuH. Periodontal and Oral Mucosa Diseases. Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2018. 624 p.

КЛІНІЧНА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА НАЙПОШИРЕНІШИХ ЗАХВОРЮВАНЬ З ПРОЯВАМИ МАКРОХЕЙЛІТУ

*О. Ф. Несин, К. Є. Печковський,
Т. О. Тімохіна, О. С. Куваєв,
І. М. Печковська*

CLINICAL AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE MOST FREQUENT DISEASES WITH MACROCHEILITIS MANIFESTATIONS

*O. F. Nesyn, K. E. Pechkovskyi,
T. O. Timohina, O. S. Kuvaev,
I. M. Pechkovska*

Хронічна лімфедема губ – вид макрохейліту, обумовлений оклюзією лімфатичних капілярів, порушенням відтоку та застоєм лімфи в лімфатичних судинах губ, що веде до стійкого набряку. За клінічними, функціональними та морфологічними ознаками розрізняють транзиторну, лабільну і стабільну форми захворювання. Провокуючими факторами виникнення набряку губ чи його рецидиву є: травма; інфекції шкіри губ та обличчя (хронічний рецидивний герпес, бешихове ураження); загострення вогнищ хронічної інфекції в періодонті чи пародонті; травма, опік, обмороження губ; хронічна тріщина губи; стрептококовий ангулярний хейліт; ексудативна форма ексфолювативного хейліту чи гландулярного хейліту; хронічний гайморит, хірургічні втручання у фронтальній ділянці зубів, альвеолярних відростків та ін.

В роботі описано клініку хронічної лімфедери губ та проведено диференційну діагностику цього захворювання з іншими хворобами, у кожній з яких спільним симптомом є набряк губи.

Chronic lymphedema of the lips is a type of macrocheilitis caused by the occlusion of lymphatic capillaries, impaired outflow and stagnation of lymph in the lymphatic vessels of the lips, which leads to persistent swelling. According to clinical, functional, and morphological features there are transient, labile, and stable forms of the disease. The provoking factors of lip swelling or its recurrence are: trauma; infections of the skin of the lips and face (chronic recurrent herpes, hysteria); exacerbation of foci of chronic infection in the periodontium or periodontium; injury, burn, frostbite of the lips; chronic cleft lip; streptococcal angular cheilitis; exudative form of exfoliative cheilitis or glandular cheilitis; chronic sinusitis, surgical interventions in the frontal area of teeth, alveolar processes, etc.

The article describes the clinic of chronic lymphedema of the lips and differential diagnosis of this disease with other diseases, each of which has lip swelling as a common symptom.

В комплексному обстеженні хворих на хронічну лімфедему губ, особливо у випадках відсутності клінічно видимих провокуючих факторів (навіть при інтактних на вигляд зубах), необхідно провести рентгенографію групи фронтальних зубів для виявлення чи виключення прихованих вогнищ інфекції в періапикальних тканинах чи в пародонті.

Ключові слова: хронічна лімфедема губ, макрохейліт, причинні та провокуючі фактори, приховані вогнища інфекції, рентгенографія, диференційна діагностика.

In a comprehensive examination of patients with chronic lymphedema of the lips, especially in the absence of clinically visible provoking factors (even with apparently intact teeth), it is necessary to carry out radiography of a group of frontal teeth to identify or exclude hidden foci of infection in the periapical tissues or in the periodontium.

Key words: macrocheilitis, chronic lymphedema of the lips, causative and provoking factors, hidden foci of infection, radiography, differential diagnosis.