перименте. Обоснована целесообразность применения дээпидермизированного криолиофилизированного ксенодермоимплантата для профилактики несостоятельности кишечных швов и анастомозов при хирургических вмешательствах на кишечнике.
Ключевые слова: *ксенодермоимплантат, кишечник, швы, анастомозы.*

Suhodolya A. I., Nazarchuk S. A.
STUDY OF THE INFLUENCE OF DISEPIDERMIC XENODERMOIMPLANTS ON INTESTINAL ANASTOMOSIS ZONE REGENERATION
Summary. *In the article there were presented the results of histological, morphometric, histochemical, mechanical changes of intestine, when disepidermic cryolyophilized xenodermoimplants were used experimentally. The advisability of the use of disepidermic cryolyophilized xenodermoimplants for prophylaxis of failure of intestinal sutures and anastomosis in intestine surgery was substantiated.*
Key words: *xenodermoimplant, intestine, suture, anastomosis.*

Стаття надійшла до редакції 6.10.2014р.

Суходоля Анатолій Іванович - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; suhodolya@com.ua
Назарчук Сергій Адамович - лікар-онколог відділення абдомінальної хірургії Хмельницького обласного онкологічного диспансеру; n-chuk@ukr.net

© Шкільняк Л.І.
УДК: 616-073.7:616.724
Шкільняк Л.І.
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Резюме. *В статті висвітлено результати ультразвукового дослідження скронево-нижньощелепного суглобу, що дає можливість зробити висновок про наявність або відсутність дегенеративних чи запальних змін в суглобі.*
Ключові слова: *ультрасонографія, ультразвукове дослідження, скронево-нижньощелепний суглоб.*

Вступ

Скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) займає особливе місце серед всіх кісткових з'єднань організму. Так, СНЩС є одним з тих суглобів, які зазнають постійне значне механічне навантаження.

Більшість захворювань СНЩС обумовлено патологічними процесами, пов'язаними з ураженням переважно суглобового диска і внутрішньо-суглобових зв'язок [Семкин и др., 2010]. Окрім розповсюдженості захворювань потрібно відзначити той факт, що патологія СНЩС призводить до значного зниження якості життя пацієнтів. Так, страждають такі важливі функції, як жувальна і розмовна. Крім того, захворювання даного суглоба супроводжуються стійкими лицевими болями.

Важливу роль в оцінці стану СНЩС відіграють променеві методи дослідження. Кожен з цих методів вирішує певні завдання. Традиційна рентгенографія, лінійна томографія та ортопантомографія, що широко застосовуються в повсякденній практиці, дозволяють отримати певні уявлення про стан кісткових структур, що формують СНЩС, рентгенівської суглобової щілини, внутрішньо-суглобових поверхонь [Павлова и др., 2011]. Рентгенівська комп'ютерна томографія дозволяє отримувати зображення СНЩС в різних площинах, що робить візуалізацію кісткових елементів суглоба більш детальною. Стан не кісткових структур за допомогою цих методів визначити не можливо. Для візуалізації суглобового диска використовують рентгенологічне дослідження із штучним контрастуванням - артрографія. Однак дана методика є технічно складною, і навіть у разі точного професійного виконання досвідченим фахівцем є досить травматичною і нефізіологічною щодо зв'язкового апарату і капсули суглоба.

Не можна не відзначити, що всі рентгенологічні методи дослідження СНЩС несуть ризик впливу іонізуючого випромінювання на пацієнта. З появою та впровадженням в повсякденну клінічну практику нового сучасного високоінформативного і безпечного для пацієнта методу візуалізації - МРТ - відбулися революційні зміни можливостей променевої діагностики в артрології. Однак недоліками цього методу дослідження є: мала кількість подібної апаратури, мала пропускна здатність, висока вартість апаратного забезпечення. Існують і протипоказання до виконання МРТ, пов'язані з шкідливим впливом магнітного поля і радіоімпульсів на деякі пристрої (кардіостимулятори). Не рекомендується виконувати МРТ при наявності в організмі пацієнта металевих імплантатів, клем, сторонніх тіл [Квірінг, 2008]. Оскільки більшість МР-томографів являють собою замкнутий простір (тунель магніту), виконання дослідження у пацієнтів з клаустрофобію вкрай ускладнене або неможливе. Крім того, одним з недоліків МРТ є тривалий час дослідження (залежно від програмного забезпечення томографа від 30 хвилин до 1 години). МРТ не дає можливості оцінити одночасно функцію

суглоба і його структуру.

Основний обсяг діагностичної інформації як і раніше доводиться отримувати за допомогою або малоінформативних безконтрастних, або інвазивних контрастних рентгенологічних методів. На перших етапах проводяться широкодоступні і малоінвазивні методики дослідження, а на більш високих рівнях складні і дорогі, так як рентгенографія вже не може залишатися єдиним методом обстеження хворих з патологією СНЩС на первинному діагностичному етапі. Так само як і в більшості галузей медицини, вона все більше поступається місцем малозатратній, безпечній та високоефективній ультрасонографії - доступній в широкій мережі лікувальних установ методиці, для якої характерні відсутність променевого навантаження, здійснення дослідження в режимі реального часу в поєднанні з високою інформативністю.

В останні роки УЗД опорно-рухової системи стало загальновизнаним і клінічно значущим методом діагностичної візуалізації [Макєєв та ін., 2013].

Зміни внутрішньосуглобових та навколосуглобових м'яких тканин, характерні для запальних захворювань суглобів, при УЗД можуть бути виявлені значно раніше, ніж при фізикальному або рентгенологічному дослідженні. Можливості артросонографії: виявлення ексудативного або проліферативного синовіїту суглобів; виявлення синовіальних кіст; раннє виявлення ерозивних дефектів кісткової і суглобової поверхні; виявлення дегенеративних змін суглобів і м'яких тканин, зокрема, крайових остеофітів, бурситу, навколосуглобової оссифікації і пошкоджень капсульно-зв'язкового апарату.

Частота і варіабельність клініко-морфофункціональних порушень СНЩС визначає актуальність дослідження.

Мета дослідження - вивчення можливостей ультразвукової візуалізації елементів СНЩС. Одним із основних завдань було визначення амплітуди руху голівки нижньої щелепи (АРГ).

Матеріали та методи

Функціональне обстеження СНЩС було проведено у 10 пацієнтів з дисфункцією суглобів різної етіології та для порівняння, у 10 пацієнтів без клінічних ознак патології СНЩС: середній вік пацієнтів складав 30 років. Сонографію виконували за допомогою ультразвукового сканера Tochiba Xario XG з лінійним датчиком частотою 5-14 МГц. Функціональне дослідження у пацієнтів із патологією проводилися в комплексі з клінічними та променевими методами (ортопантомографія, КТ, МРТ).

Ультразвукове сканування виконували наступним чином: учасник дослідження лежав на спині та сидів у стані звичної оклюзії, повернувши голову в бік, протилежний до обстежуваного.

УЗД (апарат "Tochiba Xario XG") проводили в м'язово-скелетному режимі. При УЗД скануванні СНЩС лінійний датчик розташовували трансверзально в біля-вушно-жувальній ділянці в проекції виличної кістки безпосередньо над суглобом максимально наближено до слухового проходу під кутом 38-42° (датчик 42 мм з робочою частотою 14 МГц, максимальна глибина ехолокації 20-25 мм з урахуванням типологічних особливостей будови суглоба). При УЗД проводили візуалізацію положення суглобового відростка СНЩС при закритому, напіввідкритому і закритому роті (фотореєстрація) і ехолокацію екскурсії суглобового відростка СНЩС в інтерактивному режимі при зворотно-поступальних і трансверзальних рухах нижньої щелепи (відеореєстрація).

Для отримання найбільш достовірних даних при визначені АРГ функціональну пробу виконували декілька разів. Під час дослідження проводили горизонтальне сканування, де оцінювали: 1.Верхньолатеральний відділ голівки нижньої щелепи (НЩ). 2. Латеральний фрагмент капсули суглоба. 3. Наявність суглобової рідини. 4. Капсульно-виростковий простір (КВП). 5. Латеральний фрагмент суглобового диска та його положення. 6. Акустичну тінь від кісткової тканини суглобового горбка. 7. Латеральний крилоподібний м'яз (верхню та нижню голівки). 8. Жувальний м'яз (поверхневу та глибоку частини). 9. Навколосуглобові м'які тканини.

Результати. Обговорення

При горизонтальному скануванні візуалізації доступний тільки верхньолатеральний відділ голівки НЩ. Сонографічно візуалізуються субхондральна кісткова тканина голівки та волокнистий хрящ - субхондрально-хрящовий комплекс (СХК). При ультрасонографії СХК візуалізували гіперехогенну безперервну структуру з рівними чіткими контурами, рівномірну за товщиною. Зображення СХК відповідає формі голівки НЩ.

Товщину СХК вимірювали в найопуклішій частині гіперехогенної смуги, товщина якої коливалася від 0,35 до 0,82 мм. Отже, оцінка стану СХК голівки НЩ дозволить підтверджувати чи заперечувати зміни в субхондральній кістковій тканині.

Латеральний фрагмент капсули суглоба візуалізували вище від поверхні голівки НЩ та визначали як безперервну опуклу однорідну смугу підвищеної ехогенності, з чіткими рівними контурами. Товщина капсули в найопуклішій її частині коливалася 0,40-1,13 мм. Візуалізації латерального фрагмента капсули досягли у 100% спостережень. Латеральний фрагмент суглобового диска візуалізували як гіпоехогенну структуру між суглобовою капсулою та СХК голівки НЩ у всіх обстежених. Диск мав напів-овальну чи напів-округлу форми із симетричними або асиметричними полюсами. Розміри латерального фрагмента диска коливалися від 0,7 до 1,8 мм. Позицію диска оцінювали відносно верхньолатерального відділу голівки НЩ. Для цього визначали верхню точку на верхньолатеральній поверхні голівки НЩ та умовний центр голівки НЩ. Ці точки з'єдну-

вали лінією, яку умовно продовжували до латерального фрагмента капсули суглоба. Відносно цієї лінії визначали положення суглобового диска. У більшості випадків частина диска, що візуалізується, ділилася у співвідношенні 2:1 (2/3 диска визначалися попереду від умовної лінії, 1/3 диска - дозаду від умовної лінії), у 2 випадках диск заднім полюсом контактував з умовною лінією. Оцінювали розміри суглобового диска при стиснутих зубах.

Візуалізація акустичної тіні від суглобового горбка - необхідний етап сонографічного обстеження СНЩС. Важливо оцінити положення голівки НЩ та диска відносно суглобового горбика.

Латеральний крилоподібний м'яз (ЛКМ) складається з двох голівок - верхньої та нижньої, що візуалізуються до переду від суглобової голівки НЩ і суглобового горбка та позаду від жувального м'яза. Оцінка ЛКМ дуже важлива, адже зміни його тонусу призводять до порушення функції СНЩС. Верхня голівка ЛКМ кріпиться до переднього відділу диска та до капсули суглоба, а нижня - до шийки суглобового відростка НЩ. Зони прикріплення обох голівок ЛКМ у здорових осіб візуалізували у 100% випадків. Вертикальний розмір ЛКМ оцінювали в місці його максимальної величини при закритому роті; у групі обстежених він коливався від 11,4 до14,6 мм.

Також важлива оцінка жувального м'яза, який не є складовою анатомічної будови СНЩС, однак бере участь у їх функціонуванні. Жувальний м'яз (поверхнева та глибока частини) візуалізували попереду від суглобової голівки НЩ і тіні суглобового горбика та частково під фрагментом привушної слинної залози. Косий вертикальний розмір жувального м'яза в обстежених добровольців коливався від 8,4 мм до 11,6 мм.

Під час виконання функціональної проби було встановлено амплітуду руху голівки НЩ при відкриванні рота, та синхронність руху голівки НЩ вперед разом з диском і положення голівки НЩ стосовно горбка при максимально відкритому роті. Амплітуда руху голівки НЩ коливалася в діапазоні 6,8-16,7 мм. Причому при амплітуді більше 16 мм голівку НЩ завжди визначали за тінню горбка з обох боків: цю ситуацію ми пояснили як фізіологічну гіпермобільність обох СНЩС.

Ультразвукова візуалізація при дисфункції СНЩС із запальними змінами. У процесі збору скарг і з'ясування анамнезу, а також при клінічному огляді у пацієнтів цієї групи відзначалися такі симптоми, болі в проекції суглоба при навантаженні, болі при пальпації в ділянці суглобів, болі з різною іррадіацією, обмеження відкривання рота, клацання в суглобі.

При порівнянні даних, отриманих при дослідженні групи клінічно здорових людей, з результатами обстеження групи пацієнтів з клінічними, а також з підтвердженими на МРТ даними запального процесу в суглобах, виділені основні ультразвукові симптоми, характерні для запального процесу в СНЩС ($p < 0,05$):

1. Збільшення розмірів капсульно-виросткового простору: попереду латеральну 2,45 ± 0,40 мм; латеральну 2,91 ± 0,73 мм; позаду латеральну 2,45 ± 0,95 мм.

2 Збільшення заднього капсульного простору до 2,77 ± 0,86 мм

3 Збільшення товщини капсули суглоба, попереду латеральний фрагмент 1,92 ± 0,19 мм, латеральний фрагмент 2,01 ± 0,27 мм; позаду латеральний фрагмент 2,38 ± 0,55 мм. Капсула була гіпоехогенною або ізоехогенною. Структура її була однорідною або неоднорідною за рахунок гіпоехогенних компонентів.

4. Збільшення довжини і ширини біламінарної зони, довжина 6,03 ± 0,80 мм, ширина 1,65 + 0,72 мм. Ехогенності біламінарной зони була дещо нижчою, ніж у контрольній групі.

5. Збільшення розмірів суглобового диска попереду латерального фрагмента 1,97 ± 0,40 мм; середньо латерального фрагмента 1,75 ± 0,49мм; позаду латерального фрагмента 1,9 ± 0,43 мм.

Суглобовий диск мав ехогенність нижче, ніж у контрольній групі. Структура диска була неоднорідною в декількох випадках за рахунок включень різної форми і ехогенності. Контури суглобового диска місцями були нечіткі.

6. Нерівність відбитого ехосигналу від СХК та збільшення його товщини до 0,95 ± 0,33 мм. Зниження ехогенності м'яких тканин, що оточують суглоб.

За даними УЗД проведена кореляція щодо певного положення та екскурсії суглобової головки СНЩС, клініко-функціональних показників, зокрема, наявність суглобових звуків (суглобової шум, хрест, клацання), ступеня відкривання рота і напруги жувальної мускулатури, морфологічними і кістковими змінами суглоба (КТ) і положенням суглобового диска (МРТ). Результати УЗД дозволяють судити про розміри суглобової щілини і локалізації "замкових" положень при русі суглобової головки СНЩС.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Доцільність використання даного функціонального методу обумовлена наступним: 1) дозволяє візуалізувати траєкторію руху суглобової головки СНЩС в реальному часі (фото- і відеорегістрація) і судити про наявність інтракапсулярного випоту; 2) підвищити якість діагностики патології СНЩС при зіставленні з результатами клінічних, лабораторно-інструментальних та променевих методів діагностики; 3) фіксувати, архівувати і актуалізувати комп'ютерні дані і проводити динамічний моніторинг на етапах лікування з оцінкою його ефективності; 4) дає можливість виключити радіаційне навантаження на пацієнта і медичний персонал.

З допомогою даного функціонального дослідження можна провести додаткову верифікацію ступеня вираженості клініко-морфофункціональних порушень СНЩС і визначення раціональної тактики лікування.

Список літератури

Квиринг М.Є. Возможности ультрасонографии в оценке мягкотканных структур височно-нижнечелюстного сустава : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / М.Є. Квиринг. - Челябинск, 2008. - 23 с.

Макєєв В. Ф. Ультрасонографія скронево-нижньощелепного суглоба. Перший досвід візуалізації в Україні / В. Ф. Макєєв, А. Р. Кучер, Ю. О. Риберт, О. О. Жизномирська // Новини стоматології. - 2013. - № 2. - С. 62-66.

Павлова В. Н. Сустав : морфология, клиника, диагностика, лечение / В. Н. Павлова, Г. Г. Шостак, Л. И. Слуцкий. - М. : Мед. Информ. Агентство, 2011. - 552 с.

Семкин В.А. Патология височно-нижнечелюстных суставов / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, С.И. Волков. - М. - Практическая медицина, 2010. - 167 с.

Шкильняк Л.И.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Резюме. *В статье отражены результаты ультразвукового исследования височно-нижнечелюстного сустава, что позволяет сделать вывод о наличии или отсутствии дегенеративных или воспалительных изменений в суставе.*

Ключевые слова: *ультрасонография, ультразвуковое исследование, височно-нижнечелюстной сустав.*

Shkilnyak L.I.

POSSIBILITIES OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISEASES

Summary: *The article deals with the results of ultrasound examination of the temporomandibular joint, which gives the possibility to conclude the presence or absence of degenerative or inflammatory changes in the joint.*

Key words: *ultrasonography, ultrasound examination, temporomandibular joint.*

Стаття надійшла до редакції 15.12.2014 р.

Шкільняк Людмила Іванівна - доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; moyasakura110@rambler.ru

© Лисунець О.В.

УДК: 616.45:614.253.1

Лисунець О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АДРЕНОГЕНІТАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Резюме. *В статті наведені клініко-анамнестичні особливості перебігу адреногенітального синдрому у недоношеного новонародженого в терміні гестації 32-33 тижні. Визначені значущі клінічні детермінанти, на підставі яких можна провести диференційно-діагностичний пошук щодо перебігу постнатальної адаптації. Запропонований алгоритм діагностики адреногенітального синдрому у недоношених дітей з ТГ 32 тижні на етапі первинної медико-санітарної допомоги.*

Ключові слова: *адреногенітальний синдром, недоношені новонароджені, сімейний лікар, клінічне мислення.*

Вступ

На сучасному етапі розвитку медичної галузі первинна ланка медико-санітарної допомоги має на меті забезпечити профілактику, диференційно-діагностичний пошук, лікування і лікарський супровід пацієнтів різних вікових категорій. Звичайно, новонароджені та діти грудного періоду дитячого віку посідають особливе місце в практичній діяльності сімейного лікаря, оскільки мова іде, з одного боку, про формування та розбудову довірчих відносин між лікарем та його пацієнтами, а саме: сім'єю, а з іншого боку, здоровий старт - це запорука успіху та досягнення фізичного, психоемоційного благополуччя в майбутньому. Період новонародженості, завдячуючи функціональній недосконалості та нестійкості рівноваги органів і систем, має унікальні характеристики, що асоціюються у немовлят із розвиток великої кількості станів, котрі вимагають диференціації між фізіологією і патологією періоду новонародженості та вибору тактики спостереження, а також визначає багато в чому стан здоров'я, росту і розвитку у майбутньому [Шабалов, 2006; Шунько, Костюк, 2013]. Разом з тим, завдяки широкому впровадженню сучасних перинатальних технологій, регіоналізації акушерсько-гінекологічної допомоги, та реалізації програми "Нове життя - нова якість охорони материнства та дитинства", міжгалузевим та міжсекторальним принципам організації надання медичної допомоги матерям і дітям вдалося не лише забезпечити контрольовані демографічні детермінанти, а і досягнути народжуваності близько півмільйона дітей [Знаменська, 2003; Бельская, Зайцева, 2011; Український медичний часопис, 2013].

Актуальною залишається проблема організації медичної допомоги недоношеним новонародженим та дітям із супутньою перинатальною патологією із груп ризику, оскільки маніфестація патологічного стану не завжди може бути вчасно запідозрена і вірно трактована [Шунько, 2002; Пясецька, Шевцова, 2003].

Мета роботи на підставі аналізу клінічного випадку розробити алгоритм диференціально-діагностичного пошуку щодо вродженої гіперплазії кори надниркиків у недоношених дітей з ТГ 32 тижні.