

русных инфекций человека / В. Е. Казмирчук, Д. В. Мальцев – Киев: Феникс. – 2009. – 247 с.
6. Казмирчук В.С. Клінічна імунологія та алерго-логія / В.С. Казмирчук, Л.В. Ковальчук – Вінниця: Нова книга, 2006. – 526 с.
7. Калюжна Л.Д., Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом у ВІЛ-інфікованих / Л.Д. Калюжна, Л.В. Гречанська // Український журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – №1. – С. 78-80.
8. Лабораторна діагностика герпесвірусної інфекції людини / Л.О. Панченко, І.І. Торяник, Н.Г. Попова та ін. // Інфекційні

хвороби. – 2006. – №3. – С. 62-66.

9. Малий В.П. СПИД-асоційовані інфекції та інвазії / В.П. Малий, І.С. Кратенко / Учебное пособие. – Харьков: Фолио, 2007. – 287 с.

10. Маричев І.Л. Герпесвіруси-СНІД маркерні захворювання / І.Л. Маричев // Сучасні інфекції 2005. – №3-4. – С.55-59.

11. Маричев І.Л. Герпетична інфекція у ВІЛ-інфікованих осіб / І.Л. Маричев // Інфекційні хвороби. – 2006. – №2. – С.15-17.

Одержано 18.02.2013 року.

УДК 616.314.18-002.4+616.441+616-073.756.8

ПОКАЗНИКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ КОМІРКОВИХ ВІДРОСТКІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Н.С. Мельник

Івано-Франківський національний медичний університет

ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.С. Мельник

Івано-Франківський національний медичний університет

INDICES OF COMPUTER TOMOGRAPHY OF ALVEOLAR RIDGE BONE TISSUE OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND THYROID DYSFUNCTION

N.S. Melnyk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Обстежено 192 хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу I, II і III ступеня розвитку із дисфункцією щитоподібної залози. Їх було поділено на три основні групи (I група – 68 осіб із супутнім гіпертиреозом; II група – 64 особи із супутнім гіпотиреозом; III група - 60 осіб із супутнім гіпотиреозом, які тривало приймали препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/добу), і одну контрольну (48 хворих на генералізований пародонтит без супутньої ендокринної патології). У всіх хворих вимірювали мінеральну щільність коміркових відростків щелеп у ділянці тіла коміркового відростка, міжзубних перегородок і в ділянці верхівок коренів за допомогою комп'ютерного томографа Emotion „Siemens” (Нідерланди). У хворих на генералізований пародонтит при дисфункції щитоподібної залози відбуваються значні зміни мінеральної щільності кісткової тканини коміркового відростка у всіх його ділянках. Мінеральна щільність кісткової тканини тіла коміркових відростків щелеп у I групі хворих була найнижчою як на верхній, так і на нижній щелепах. Найменша різниця за цим показником із даними контрольної групи спостерігалася у хворих III групи, які тривалий час приймали препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/добу. Значно більше зниження мінеральної щільності кісткової тканини міжзубних перегородок, порівняно з контрольною групою, спостерігалася у I групі, а найменшу різницю з групою контролю виявлено у хворих II групи. Суттєве зниження мінеральної щільності спостерігалася і в ділянках верхівок коренів у всіх групах дослідження. При цьому найменші середні показники були у I групі (порівняно з контрольною), а найвищі – у II групі. Отже, найгірший вплив на мінеральну щільність кісткової тканини всіх ділянок коміркового відростка хворих на генералізований пародонтит має супутній гіпертиреоз.

Ключові слова: генералізований пародонтит, мінеральна щільність кісткової тканини, гіпертиреоз, гіпотиреоз, комп'ютерна томографія.

Резюме. Обследовано 192 больных на генерализованный пародонтит хронического течения I, II и III степени развития с дисфункцией щитовидной железы. Их было разделено на три основные группы (группа - 68 человек с сопутствующим гипертиреозом; II группа - 64 человека с сопутствующим гипотиреозом; III группа - 60 человек с сопутствующим гипотиреозом, длительно принимавших препарат L-тироксин в дозах более 100 мкг/сут), и одну контрольную (48 больных генерализованным пародонтитом без сопутствующей эндокринной патологии). У всех больных измеряли минеральную плотность ячеистых отростков челюстей в области тела альвеолярного отростка, межзубных перегородок и в области верхушек корней с помощью компьютерного томографа Emotion “Siemens” (Нидерланды). У больных генерализованным пародонтитом при дисфункции щитовидной железы происходят значительные изменения минеральной плотности костной ткани альвеолярного отростка во всех его участках. Минеральная плотность костной ткани тела альвеолярного отростка челюстей в I группе больных была низкой, как на верхней, так и на нижней челюстях. Наименьшая разница по этому показателю с данными контрольной группы наблюдалась у больных III группы, которые длительное время принимали препарат L-тироксин в дозах более 100 мкг/сут. Значительно большее снижение минеральной плотности костной ткани межзубных перегородок сравнению с контрольной группой наблюдалось в I группе, а наименьшую разницу с группой контроля выявлено у больных II группы. Существенное снижение минеральной плотности наблюдалось и в участках верхушек корней во всех группах исследования. При этом наименьшие средние показатели были в I группе (по сравнению с контрольной), а самые высокие - во II группе. Итак, худшее влияние на минеральную плотность костной ткани всех участков альвеолярного отростка больных

генерализованным пародонтитом имеет сопутствующий гипертиреоз.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, минеральная плотность костной ткани, гипертиреоз, гипотиреоз, компьютерная томография.

Summary: The study involved 192 patients with generalized periodontitis chronic course of the I, II and III degrees with dysfunction of the thyroid gland. They were divided into three groups (group I - 68 patients with concomitant hyperthyroidism, group II - 64 patients with concomitant hypothyroidism, group III - 60 patients with concomitant hypothyroidism who had been taking the drug L-thyroxine in doses over 100 mg/day) and one control group (48 patients with generalized periodontitis without concomitant endocrine pathology). All patients underwent measurement of mineral density of alveolar ridges in the area of alveolar ridge body, interdental septum and root apex by means of computed tomography scanner Emotion "Siemens" (Netherlands). Patients with generalized periodontitis and thyroid dysfunction had significant changes of alveolar ridge bone tissue mineral density in all its aspects. Mineral density of alveolar ridge bone tissue of the patients in group I was the lowest at the upper as well as at the lower jaw. Patients of the group III had the smallest difference as compared to the figures of control group. Patients of group I had significantly greater reduction of bone tissue mineral density as compared to group I, and the patient of group II had the smallest difference from figures of control group. Significant reduction in mineral density of the root apex was observed in each group. Thus, the first group had the lowest average figures (as compared to control group), and the second group had the highest. So, the concomitant hyperthyroidism has the worst effect on bone tissue mineral density in all parts of alveolar ridge of the patients with generalized periodontitis.

Keywords: generalized periodontitis, bone tissue mineral density, hyperthyroidism, hypothyroidism, computed tomography scanner.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Як свідчать дані наукової літератури, основним показником, який характеризує структурно-функціональний стан кісткової системи організму, є мінеральна щільність кісткової тканини [4]. Із точки зору пародонтології особливо цікавим є вивчення мінеральної щільності коміркового відростка, оскільки він виконує опорну функцію тканин пародонта і водночас є складовою частиною кісткової системи організму [5, 10]. Метаболізм кісткової тканини коміркового відростка реагує на гормональні зміни в організмі людини, що впливають на кісткову систему [2, 6]. При вивченні механізмів розвитку генерализованого пародонтиту виявлено тісний зв'язок хвороби з порушенням структурно-функціонального стану кісткової тканини [1].

Відомо, що при ендокринних порушеннях часто розвивається ендокринний остеопороз, який складає найпоширенішу групу в структурі вторинного остеопорозу [9]. Ця форма захворювання частіше уражає осіб молодого та середнього віку і відрізняється прискореними темпами втрати мінеральної щільності кістки [3].

Ендокринний остеопороз, який зумовлений гіпер- або гіпофункцією щитоподібної залози, може бути причиною структурно-функціональних змін у комірковій кістці, а отже мати вплив на розвиток і прогресування генерализованого пародонтиту. Оскільки при гіпертиреозі спостерігається підвищення процесів ремоделювання кісткової тканини з перевагою процесів резорбції, а при гіпотиреозі знижуються процеси кісткового формування, то можливий негативний вплив захворювань щитоподібної залози на кісткову тканину коміркового відростка [8].

Дані наукової літератури підтверджують наявність тісного зв'язку метаболізму кісткової тканини і розвитку генерализованого пародонтиту [7]. Встановлено, що зміни мінеральної щільності кісткової тканини, у тому числі і внаслідок ендокринних порушень, корелюють з активністю патологічних процесів у тканинах пародонта, проте не всі аспекти цього взаємозв'язку вже вивчені, а тому такі дослідження залишаються актуальними [9].

Мета дослідження – вивчити мінеральну щільність кісткової тканини коміркового відростка у хворих на генерализований пародонтит при дисфункції щитоподібної залози.

Матеріали і методи

Обстежено 192 хворих на генерализований пародонтит хронічного перебігу I, II та III ступеня розвитку із супутнім порушенням функції щитоподібної залози, віком 25-40 років. Усі пацієнти були поділені на три основні групи: I – хворі на генерализований пародонтит із супутнім гіпертиреозом (68 осіб); II – хворі на генерализований пародонтит із супутнім гіпотиреозом (64 особи); III – хворі на генерализований пародонтит із супутнім гіпотиреозом, які тривало приймають препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/добу (60 осіб).

Контрольну групу склали хворі на генерализований пародонтит без супутньої ендокринної патології (48 осіб).

Для з'ясування глибини структурно-функціональних змін кісткової тканини коміркового відростка у хворих на генерализований пародонтит із дисфункцією щитоподібної залози нами була проведена кількісна комп'ютерна томографія щелеп. Здійснювалася вона в обласній клінічній лікарні м. Івано-Франківська на кафедрі променевої діагностики та променевої терапії (зав. кафедри – д. мед. н., професор В.М. Рижик). Мінеральну щільність кісткової тканини коміркового відростка після консультації з лікуючим ендокринологом та за згодою пацієнта вивчали за допомогою спірального комп'ютерного томографа Emotion „Siemens” (Нідерланди) в аксіальній проекції за умов V=130 kV, mAs – 80, товщиною шару 2 мм, здійснювали 13-15 зрізів. Ділянку щитоподібної залози захищали свинцевими пластинами, променеве навантаження складало 50 мкЗв (0,05 рентген) при річній нормі – 2 рентгена (Наказ МОЗ України №294 від 04.06.2007 р.). Під час дослідження система повертається по колу, процедура триває протягом 20 хв., не супроводжується ускладненням. На томограмах вивчали мінеральну щільність коміркових відростків щелеп у ділянці тіла коміркового відростка, міжзубних перегородок і в ділянці верхівок коренів. Щільність кістки оцінювали в одиницях Хаусфільда (одН) за методом комп'ютерної аксіальної томографії Г.Н.Хаусфільда (1973).

Результати та їх обговорення

Наші дослідження показали, що у всіх трьох групах, незалежно від характеру порушення функції щитоподібної залози, було виявлено значне зниження мінеральної щільності кісткової тканини коміркових відростків у всіх трьох ділянках виміру: тіла коміркового відростка, нижньої третини міжзубних перегородок та верхівок коренів. Дані мінеральної щільності кісткової тканини тіла коміркового відростка наведені в таблиці 1.

Так, середні значення мінеральної щільності кісткової тканини тіла коміркових відростків щелеп у I групі значно відрізнялися від аналогічних показників контрольної групи, а саме: були нижчими на верхній щелепі в середньому в 2,19 разів, а на нижній – у 2,21 раз (p<0,05).

Значно нижчою була мінеральна щільність кісткової тканини тіла коміркових відростків і в II групі (порівняно з контрольною): на верхній щелепі – в середньому в 1,34 рази, а на нижній – у 1,49 разів (p<0,05).

У III дослідній групі спостерігалось підвищення мінеральної щільності кісткової тканини тіла коміркового відростка (порівняно з даними I і II групи – у 1,69 разів і 1,06 разів на верхній щелепі, у 1,63 рази і 1,11 раз на нижній щелепі відповідно), але в середньому мінеральна щільність кісткової тканини на верхній щелепі, порівняно з контрольною групою, була нижчою у 1,30 рази, а на нижній – у 1,34

Таблиця 1. Показники мінеральної щільності кісткової тканини тіла коміркових відростків у хворих на генералізований пародонтит у групах дослідження, М±m (одН)

Ділянки вимірювання	I група, n=68	II група, n=64	III група, n=60	Контрольна група, n=48
верхня щелепа в ділянці різців	452,4±14,3	686,5±8,5	724,5±12,5	1068,7±18,2
верхня щелепа в ділянці ікол	593,7±17,8	887,6±15,8	891,6±16,3	1172,4±19,2
верхня щелепа в ділянці премолярів	427,6±12,5	762,6±11,5	872,6±15,5	999,8±15,8
середнє значення	491,2±17,6*	778,9±8,9*	829,6±10,3*	1080,3±15,1
нижня щелепа в ділянці різців	471,5±16,2	625,8±9,5	727,8±11,2	1005,8±12,4
нижня щелепа в ділянці ікол	507,7±19,2	781,7±14,2	841,7±16,2	1135,2±13,1
нижня щелепа в ділянці премолярів	445,3±13,8	688,5±11,6	758,5±12,6	992,3±10,8
середнє значення	474,8±16,2*	698,7±7,6*	776,0±15,1*	1044,4±11,7

Примітка. * – достовірність різниці середніх значень у групах дослідження порівняно з контрольною (p<0,05)

рази (p<0,05). Отримані дані засвідчують, що вживання великих доз L-тироксину у випадку гіпотиреозу (III група) хоч і підвищує мінеральну щільність тіла коміркового відростка (порівняно з II групою), але не поліпшує структурно-функціонального стану кісткової тканини.

Зниження мінеральної щільності кісткової тканини міжзубних перегородок коміркового відростка було виявлено у всіх досліджуваних групах (табл. 2). У I групі, в яку ввійшли хворі на генералізований пародонтит із супутнім гіпертиреозом, середні значення показника мінеральної щільності кісткової тканини, порівняно з контрольною групою, були нижчими на верхній щелепі в 1,75 разів, а на нижній щелепі – у 1,89 разів (p<0,001).

У хворих на генералізований пародонтит із супутнім гіпотиреозом (II група), мінеральна щільність кісткової тканини міжзубних перегородок, порівняно з контрольною групою, була також зниженою: на верхній щелепі в середньому в 1,37 разів, а на нижній – у 1,45 разів (p<0,05).

У III групі, в яку було включено хворих на генералізований пародонтит, що приймали препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/добу, мінеральна щільність кісткової тканини міжзубних перегородок, порівняно з контрольною групою, була ще меншою, ніж у II групі: на верхній щелепі в 1,56 разів, а на нижній – у 1,76 разів (p<0,001).

Значне зниження мінеральної щільності за генералізованого пародонтиту із супутньою патологією щитоподібної залози спостерігалася і в ділянках верхівок коренів у всіх дослідних групах (табл. 3). Найменші середні показники були у I групі, де мінеральна щільність кісткової тканини в ділянках верхівок зубів, порівняно з контрольною групою, була: на верхній щелепі нижчою у 2,36 разів, а на нижній – у 2,78 разів (p<0,05).

У хворих II дослідної групи мінеральна щільність кісткової тканини в ділянках верхівок зубів порівняно з контрольною групою була також зниженою: на верхній щелепі – у середньому 1,74 раза, а на нижній – у 1,95 раза (p<0,001).

Дослідженням мінеральної щільності кісткової тканини в ділянках верхівок зубів у III групі порівняно з контрольною групою встановлено значну різницю: на верхній щелепі - у 2,26 раза, а на нижній – у 2,12 раза (p<0,05).

Отримані нами дані свідчать, що генералізований пародонтит, який перебігає на тлі порушень функції щитоподібної залози, супроводжується значними дистрофічними змінами кісткової тканини коміркового відростка, що виражається у зниженні її мінеральної щільності, особливо

Таблиця 2. Показники мінеральної щільності кісткової тканини в ділянках міжзубних перегородок хворих на генералізований пародонтит у групах дослідження, М±m (одН)

Ділянки вимірювання	I група, n=68	II група, n=64	III група, n=60	Контрольна група, n=48
верхня щелепа в ділянці різців	393,7±16,4	411,2±8,2	401,2±11,4	612,8±10,3
верхня щелепа в ділянці ікол	443,6±16,8	578,6±13,4	508,6±14,3	753,6±12,4
верхня щелепа в ділянці премолярів	325,6±13,2	498,7±10,2	391,7±9,5	673,4±11,3
середнє значення	387,7±15,9*	496,2±8,9*	433,8±10,3*	679,9±15,1
нижня щелепа в ділянці різців	348,4±11,2	456,4±9,2	376,4±12,2	635,6±9,7
нижня щелепа в ділянці ікол	398,6±12,4	508,6±13,4	438,6±14,2	749,4±11,7
нижня щелепа в ділянці премолярів	353,7±10,4	467,3±11,6	367,3±12,5	698,3±8,4
середнє значення	366,9±11,8*	477,4±7,6*	394,1±15,1*	694,4±8,7

Примітка. * – достовірність різниці середніх значень у групах дослідження порівняно з контрольною (p<0,05)

при супутньому гіпертиреозі. Виявлені нами зміни в кістковій тканині коміркового відростка очевидно є наслідком структурно-функціональних змін усієї кісткової системи на тлі порушень функції щитоподібної залози. Результати дослідження дозволяють стверджувати, що метод кількісної комп'ютерної томографії є інформативним і чутливим до змін процесів ремоделювання кісткової тканини коміркового відростка у випадку генералізованого пародонтиту.

Висновки

1. У разі генералізованого пародонтиту на тлі дисфункції щитоподібної залози відбуваються значні зміни мінеральної щільності кісткової тканини коміркового відростка у всіх його ділянках.
2. Мінеральна щільність кісткової тканини тіла коміркових відростків щелеп у I групі хворих була найнижчою як на верхній, так і на нижній щелепах. Найменша різниця за цим показником із даними контрольною групи спостерігалася у хворих III групи, які тривалий час приймали препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/добу.
3. Значно більше зниження мінеральної щільності кіст-

Таблиця 3. Показники мінеральної щільності кісткової тканини в ділянках верхівок коренів хворих на генералізований пародонтит у групах дослідження, М±m (одН)

Ділянки вимірювання	I група, n=68	II група, n=64	III група, n=60	Контрольна група, n=48
верхня щелепа в ділянці різців	236,8±8,7	358,7±9,8	324,7±10,8	643,6±12,4
верхня щелепа в ділянці ікол	381,8±10,7	498,4±10,8	448,4±12,8	798,7±14,5
верхня щелепа в ділянці премолярів	296,5±8,9	378,6±9,9	318,6±8,7	719,7±12,9
середнє значення	305,0±9,4*	411,9±10,2*	363,9±9,7*	720,7±13,6
нижня щелепа в ділянці різців	207,3±8,2	317,3±9,8	302,3±7,8	625,2±12,1
нижня щелепа в ділянці ікол	352,8±10,8	432,5±12,3	382,5±11,3	790,8±15,6
нижня щелепа в ділянці премолярів	213,8±8,5	349,7±10,3	329,4±9,3	735,8±13,7
середнє значення	257,9±8,1*	366,5±9,4*	338,1±8,2*	717,3±12,8

Примітка. * – достовірність різниці середніх значень у групах дослідження порівняно з контрольною (p<0,05)

кової тканини міжзубних перегородок порівняно з контрольною групою спостерігалось також у I групі, а найменшу різницю з групою контролю виявлено у хворих II групи.

4. Суттєве зниження мінеральної щільності спостерігалось і в ділянках верхівок коренів у всіх групах дослідження. При цьому найменші середні показники були у I групі (порівняно з контрольною), а найвищі – у II групі.

5. Найгірший вплив на мінеральну щільність кісткової тканини всіх ділянок коміркового відростка хворих на генералізований пародонтит має супутній гіпертиреоз.

Перспективою подальших досліджень є вивчення структурно-функціонального стану кісткової системи у хворих на генералізований пародонтит і взаємозв'язку між змінами кісткової тканини скелета та коміркового відростка.

Література

1. Генералізований пародонтит / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський. - Львів: Галдент, 2011. - 239 с.
2. Головач І.Ю. Структурно-функціональна характеристика костной ткани у больных с ревматоидным артритом / І.Ю. Головач, С.М. Нейко, В.В. Поворознюк // Клинические исследования. – 2002. – № 2 (16). – С. 19-23.
3. Косоверов Ю.С. Порушення мінерального обміну і метаболізму кісткової тканини при захворюваннях пародонту в осіб молодого віку та шляхи їх корекції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук.: спец. 14.01.22. / Ю.С. Косоверов. – Одеса. – 2004. – 21 с.

4. Мазур І.П. Структурно-функціональний стан тканин пародонту в людей різного віку та статі / І.П. Мазур // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 48-51.

5. Макеев В.Ф. Особливості кісткової будови нижньої щелепи за даними комп'ютерної томографії / В.Ф. Макеев, Р.М. Ступницький, О.Я. Стиранівська // Новини стоматології. – 2004. – № 3 (40). – С. 9-13.

6. Мащенко І.С. Роль гормональних змін у розвитку остеопорозу альвеолярної кістки у хворих на генералізований пародонтит / І.С. Мащенко // Вісник стоматології. – 2001. – № 2. – С. 19-20.

7. Мащенко І.С. Механізми формування різної активності остеопорозу у кісткових структурах пародонту хворих генералізованим пародонтитом / І.С. Мащенко, А.А. Гудар'ян // Вісник стоматології. – 2005. – № 2. – С. 42-44.

8. Олійник В.А. Системна патологія кісткової тканини при захворюваннях щитовидної залози: клініка, діагностика, профілактика і лікування (огляд літератури) / В.А. Олійник, В.В. Поворознюк, Г.М. Теренова // Ендокринологія. – 2002. – № 2. – С. 257-273.

9. Остеопороз - от редкого симптома эндокринных болезней до безмолвной эпидемии XX - XXI века / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Ж.Е. Белая [та ін.] // Проблемы эндокринологии. - 2011. - № 1. - С. 35-45.

10. Парасюк Г.З. Вивчення стану кісткової тканини за допомогою комп'ютерної томографії при лікуванні хворих з дефектами зубних рядів / Г.З. Парасюк, М.М. Рожко, В.М. Рижик // Галицький лікарський вісник. – 2004. – Т. 11, № 2. – С. 70-77.

Одержано 18.03.2013 року.

УДК 616-073.7 + 616.216

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ СИНУЇТІВ

Д.Т. Орещак, Н.В. Василюк, Л.М. Гнидюк, О.Р. Орещак

Івано-Франківський національний медичний університет

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ СИНИТИТОВ

Д.Т. Орищак, Н.В. Василюк, Л.М. Гнидюк, О.Р. Орищак

Івано-Франківський національний медичний університет

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF ACUTE SINUSITIS

D.T. Orischak, N.V. Vasylyuk, L.M. Gnydyuk, O.R. Orischak

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Обстежено 22 хворих з гострим ексудативним верхньо-щелеповим синуїтом, яким було проведено оглядову рентгенографію приносних пазух і ультразвукову діагностику. В першу групу увійшли 10 чоловік, у яких на оглядовій рентгенографії приносних пазух виявлено тотальне гомогенне зниження пневматизації. При проведенні ультразвукової діагностики у 6 із них виявлено набряк слизової з наявністю ексудату в порожнині пазух. У 4 пацієнтів – тільки набряк. У другу групу увійшло 12 чоловік, у яких на оглядовій рентгенографії були ознаки горизонтального рівня рідини. У всіх 12 чоловік під час ультразвукової діагностики виявлено ознаки ексудату.

Ключові слова: *ультразвукова діагностика, гострий синуїт.*

Резюме. Обследовано 22 больных с острым экссудативным верхне-челюстным синуситом, которым была проведена обзорная рентгенография придаточных пазух и ультразвуковая диагностика. В первую группу вошло 10 человек в которых на обзорной рентгенографии придаточных пазух обнаружено тотальное гомогенное снижение пневматизации. При проведении ультразвуковой диагностики в 6 из них обнаружен отек слизистой с наличием экссудата в полости пазух. У 4 пациентов – только отек. Во вторую группу вошло 12 человек, в которых на обзорной рентгенографии придаточных пазух обнаружены признаки горизонтального уровня жидкости. Во всех 12 человек во время ультразвуковой диагностики - признаки экссудата.

Ключевые слова: *ультразвуковая диагностика, острый синусит.*

Summary. We examined 22 patients with acute exudative maxillary sinusitis. They underwent X-ray examination of paranasal sinuses and US investigation of paranasal sinuses.

The first group consisted of 10 patients with total opacity of maxillary sinuses discovered by X-ray examination. In 6 patients of this