



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21611 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ БОКОВИХ КІСТ ШИЇ, ЩО НАГНОЇЛИСЯ

1

2

(21) u200611287

(22) 26.10.2006

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Ткаченко Павло Іванович, Зубов Олександр  
Дем'янович, Дьоміна Катерина Юріївна(73) Ткаченко Павло Іванович, Зубов Олександр  
Дем'янович, Дьоміна Катерина Юріївна

(57) Спосіб діагностики і лікування бокових кіст шиї, що нагноїлися, який включає тонкогolgкову аспіраційну біопсію кіст під контролем ультразвукового дослідження, який **відрізняється** тим, що для промивання порожнини кіст використовується розчин діоксидіну.

Запропонована корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічної стоматології та ЩПХ і може бути застосована для лікування кіст бокової ділянки шиї, що нагноїлися.

Бокова кіста шиї (БКШ) - у літературі носить назви: зяброва кіста, бранхіогенна кіста, бічна лімфоепітеліальна кіста. Це утворення являє собою вроджене порожнинне утворення доброякісного характеру, найчастіше кулястої форми, що складається із замкнутої сполучнотканинної оболонки та порожнини і зустрічаються у 2,3% стоматологічних хворих.

Діагностика цього захворювання викликає деякі труднощі, у зв'язку з недостатнім знанням цієї патології, тому що хворі спостерігаються оториноларінгологами, загальними хірургами, педіатрами, стоматологами та іншими спеціалістами. Розбіжності їх поглядів стосовно способів комплексної діагностики бокових кіст шиї на догоспітальному етапі призводить до застосування і неадекватних заходів лікування, що викликає ранні та пізні ускладнення після оперативного втручання. Проблема пошуку нових методів діагностики, які б могли сприяти встановленню відповідного діагнозу та оптимізації хірургічного лікування, на сьогодні залишається актуальною. Відомі способи діагностики бокових кіст шиї направлені в першу чергу на визначення локалізації та розміру утворення [Кизим В.В., Толчинский В.В. Воздушная (бранхиогенная) киста шеи. Опухл. Ж-л вушних, носовых і горлових хвороб, Київ "Просвіта" 2003. - №4. - С.58-59; Черненко М.П. Диагностика и хирургическое лечение боковой кисты и свища шеи. Опухл. ж-л Клінічна хірургія, Київ, 1993. - №2. - С.3-6].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб діагностики кістозних утворень у хворих, який включає черезшкірну пункційну діагностику печінки [Калита Н.Я., Мошковский Г.Ю., Янченко В.И., Лобода Т.М., Максимов Р.В. Чрезкожная биопсия печени под контролем ультразвукового исследования: возможности, показания, техника, результаты. Клінічна хірургія, 2004, №10].

Недоліком відомого способу є недостатня ступінь інформативності, обумовлена тим, що не враховується наявність супутньої соматичної патології пацієнта, досконало не вивчена ехосеміотика структурних змін, не розроблена диференційна діагностика захворювання, що не дає змоги достовірно встановити діагноз.

В основу винаходу поставлено завдання розробити спосіб діагностики бокових кіст шиї в період запалення, шляхом удосконалення відомого через, забезпечення детального визначення анатомічного розташування патологічного осередку, верифікування діагнозу, підбору лікарського засобу та шляхів його введення.

Поставлену задачу вирішують створенням способу діагностики бокових кіст шиї, що включає тонкогolgкову аспіраційну біопсію кіст під контролем ультразвукового дослідження та усунення запального субстрату шляхом введення лікарського засобу, який, згідно корисній моделі, відрізняється тим, що в якості лікарського засобу використовують діоксидін. Запропонований спосіб відрізняється тим, що раніше його не використовували при бокових кістах шиї.

Спосіб діагностики бокових кіст шиї здійснюють таким чином: за допомогою ехографічного дослідження діагностується положення утворення.

UA  
(19)  
21611  
(11)  
U  
(13)

Для тонкоголкової аспіраційної біопсії (ТГА) використовувався стандартний одноразовий шприц об'ємом 5-10мл з голкою 20-22G. Ультразвуковий контроль за ходом голки проводиться протягом всієї маніпуляції. В зв'язку з ризиком пошкодження лежачих поблизу кісти життєво важливих структур обиралась траєкторія пункційного каналу, яка не екстраполюється на значимі за діаметром кровоносні судини, тобто в більш вертикальному напрямленні. Вміст БКШ аспірують повністю, після чого порожнину промивають 1% розчином діоксидіна. Цитологічний аналіз отриманого аспірату проводився за стандартними методиками.

Приклад конкретного виконання: хворий А., 54р. звернувся на кафедру дитячої хірургічної стоматології і пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови та шиї, де було встановлено діагноз нагноєна бокова кіста шиї зліва. Тривалість захворювання становила 1 місяць, протягом якого хворий консервативно лікувався у хірурга-стоматолога за місцем проживання. Нами, під контролем УЗД, була проведена тон-

когolkova аспіраційна біопсія утворення, порожнина якого одноразово промита 1% розчином діоксидіна, призначена антибактеріальна та протизапальна терапія. При контрольних оглядах протягом тижня явища запалення поступово зникли, жодного ускладнення не спостерігалось.

Запропонований спосіб лікування застосований у 20 хворих з боковими кістами шиї, що нагноїлися у всіх випадках, був ефективним, а в подальшому, діагноз було верифіковано морфологічно. Спосіб включає: тонкогolkovu аспіраційну біопсію кіст з промиванням порожнини розчином діоксидіну. Новим у способі є те, що запропонований метод застосовується для порожнин бокових кіст шиї, що нагноїлися, який раніше не використовувався в подібних випадках при діагностиці і лікуванні.

Впровадження даного способу дозволило провести диференційну діагностику бокових кіст шиї, зняти симптоми гострого запалення, підвищити ефективність комплексної діагностики та підвищити результативність лікування бокових кіст шиї, що нагноїлися.