



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4140

(13) U

(51) 7 A61B8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АБСЦЕСУ ПАРАТОНЗИЛЯРНОЇ КЛІТКОВИНИ

1

2

(21) 2004010721

(22) 31.01.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Гарюк Григорій Іванович, Гарюк Олег Григорович, Шевченко Олександр Михайлович, Євдокіменко В'ячеслав Іванович, Тимошенко Юлія Віталівна

(73) Харківська медична академія післядипломної освіти

(57) Спосіб ранньої діагностики абсцесу паратонзиллярної клітковини шляхом проведення інструментального дослідження, який відрізняється тим, що проводять ультразвукове дослідження піднебінних мигдаликів та паратонзиллярної клітковини і при визначенні анехогенної зони неправильної форми порожнини і гіперехогенних включень діагностують абсцес паратонзиллярної клітковини.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до оториноларингології і може бути використана для ранньої діагностики абсцесу при паратонзиліті.

Відомим є спосіб діагностики паратонзиліту шляхом виявлення клінічних ознак захворювання (Классификация и принципы лечения хронического тонзиллита. Методические рекомендации. Сост. И.Б. Солдатов. М., 1979.- С.5-6).

Недоліки способу полягають в тому, що місцеві ознаки не завжди вірно відображають перебіг патологічного процесу в тканинах і є в значній мірі суб'єктивними. Це викликає труднощі у визначенні тактики лікування.

Відомим є спосіб діагностики патологічного процесу ротового відділу глотки, при якому в слизову оболонку піднебінних мигдаликів вводять плазму, яка мічена флуоресцеїном і впливають ультрафіолетовими променями з наступним фотографуванням світіння мигдаликів і здійснюють обробку даних з встановленням форми хронічного тонзиліту (Гладков А.А. и др. Резорбция плазмы, меченой флуоресцеином, небными миндалинами в норме и при хроническом тонзиллите. //Журнал ушных, носовых и горловых болезней. -№4. -С.19-20).

Недоліком відомого способу є неповна вірогідність діагностики в зв'язку з використанням механізму флуоресценції піднебінних структур мигдаликів без урахування функції лімфоєпітеліального симбіозу. Крім того, введення флуоресцентного препарату інекційно створює ризик інфікування слизової оболонки мигдаликів і є достатньо

болісним.

Найбільш близьким і обраним за прототип є термографічний спосіб діагностики захворювання, при якому визначають різницю температур між проксимальними і дистальними ділянками передньої поверхні тіла, а також симетричність теплового зображення за допомогою теплових зорів АГА-661, АГА-680, БТВ-1 при температурі в приміщенні 20-22°C (Безчинская М.Я. Термография в диагностике хронического тонзиллита. //Вестник оториноларингологии. -1985. -№2. -С.53-55).

Спосіб дозволяє оцінити стан циркуляторних змін в тканинах і рівень обмінних процесів в організмі, які відбуваються при наявності патології, що значно знижує рівень суб'єктивізму в оцінці захворювання. Спосіб дозволяє діагностувати форми хронічного тонзиліту і не дає змоги виявити абсцес паратонзиллярної клітковини.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу ранньої діагностики абсцесу паратонзиллярної клітковини, в якому за рахунок зміни характеру інструментального дослідження, досягається визначення чітких критеріїв наявності абсцесу, які об'єктивно характеризують стан піднебінних мигдаликів і паратонзиллярної клітковини.

Поставлена задача вирішується в способі ранньої діагностики абсцесу паратонзиллярної клітковини шляхом проведення інструментального дослідження, згідно з корисною моделлю, проводять ультразвукове дослідження піднебінних мигдаликів та паратонзиллярної клітковини і при визначенні анехогенної зони невірної форми

(13) U

(11) 4140

(19) UA

порожнини і гіперехогенних включень діагностують абсцес паратонзиллярної клітковини.

Виявлені ультразвукові ознаки однозначно відповідають наявності абсцесу паратонзиллярної клітковини, що підтверджено подальшим спостереженням і лікуванням хворих з визначеною патологією.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

З метою виявлення на ранній стадії зони абсцесу паратонзиллярної клітковини проводять ультразвукове сканування піднебінних мигдаликів і паратонзиллярної області з оцінкою структури клітковини, форми і розмірів запального вогнища і визначення фази запального процесу.

При абсцесі визначається анехогенна зона невірної форми порожнини та гіперехогенні включення (детрити).

При визначенні набряку тканин виявляється гіпоехогенна малоструктурна однорідна область.

Спосіб ілюструє наведений приклад.

Приклад

Хворий К., 37 років. Поступив до лікарні зі скаргами на різку хворобливість у глотці, ускладнення при ковтанні, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38°C, ускладнення при відкри-

ванні рота. Хворіє тиждень, коли після переохолодження з'явилися скарги на біль в глотці при ковтанні. Вдома застосовував зіп'яваючі компреси, жарознижуючі препарати - без покращення.

Об'єктивно: при огляді тризм жувальної мускулатури II ступеня. Під час проведення фарингоскопії слизуваті глотки гіперемовані, в паратонзиллярній області справа визначається різко виражена інфільтрація, пперемія, набряк і випинання в паратонзиллярній області. Фіброзних нальотів нема.

Шийні лімфовузли - помірно збільшені, рухливі, помірно болісні при пальпації

З метою виявлення паратонзиллярного абсцесу проведено ультразвукове сканування піднебінних мигдаликів і паратонзиллярної області. В області паратонзиллярної клітковини, справа, яка прилягає до верхнього полюсу правого піднебінного мигдалика виявлена анехогенна зона невірної форми (порожнина), розміром 2,0х3,0см.

Проведено розтин абсцесу, одержаний гній.

Таким чином, запропонований спосіб ранньої діагностики дозволяє виявити абсцес паратонзиллярної клітковини на ранній стадії і точно провести видалення гнійного вмісту без додаткового травмування прилеглих тканин.