



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **96228** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 8/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 08199	(72) Винахідник(и): Кучер Аскольд Романович (UA), Головко Тетяна Сергіївна (UA), Рум'янцева Дарія Вадимівна (UA), Рум'янцева Алла Петрівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 21.07.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 26.01.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 26.01.2015, Бюл.№ 2	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРОТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб диференційної діагностики паротиту включає ультразвукове дослідження привушних залоз, який відрізняється тим, що при збільшенні привушної слинної залози, підвищенні ехогенності паренхіми та неоднорідності її структури діагностують паренхіматозний паротит, а при збільшенні розміру та дистальному затуханні ехо-сигналу - інтерстиціальний.

UA 96228 U

Заявка належить до медицини, а саме - до променевої діагностики, і може бути використана в ультразвуковій діагностиці патології привушних залоз.

Привушно-жувальна ділянка - це бокова ділянка обличчя з анатомічними утвореннями: привушна залоза, лицевий нерв, зовнішня сонна артерія, що відокремлена згори виличною дугою, знизу - нижнім краєм нижньої щелепи, спереду - переднім краєм жувального м'яза, ззаду - заднім краєм гілки нижньої щелепи [1].

Привушні залози - найбільші слинні залози, що розташовані в привушних ділянках і занижнощелепних ямках. В товщі та на поверхні залози розташовані привушні лімфатичні вузли. Паротит - найпоширеніша патологія привушних залоз [2]. Переважно запалення слинної залози є асиметричним, проте зустрічаються випадки двобічного ураження.

Проблема діагностики та лікування паротиту - одна з актуальних в сучасній щелепно-лицевій хірургії [3].

Провідним клінічним синдромом у пацієнтів з підозрою на паротит є болюча припухлість, а також загальна слабкість, гіпертермія, сухість у роті.

Найбільш інформативний метод діагностики паротиту - ультразвукова діагностика з поліпозиційним скануванням, що дозволяє з високою ймовірністю визначати наявність та вид запалення (інтерстиціальне чи паренхіматозне). Вирішення поставленої задачі є передумовою вибору відповідної тактики лікування [4].

За прототип вибрано спосіб ультразвукової діагностики привушних залоз (Паротит и его клинические имитаторы: возможности ультразвуковой дифференциальной диагностики / Надточий А.Г., Джохри В., Костадинова В.Н. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2002. - № 3. - С. 50-57), за яким ультразвукове дослідження (УЗД) привушних ділянок проводять у В-режимі з використанням додаткових проб (компресійної і Вальсальве). Оптимальними для вивчення привушно-жувальної ділянки є лінійні датчики з частотою коливань 5,0-7,5-9,0 МГц і довжиною випромінюючої поверхні 35-50 мм.

Позитивним у прототипі є інформативність, доступність обстеження та широкий спектр диференційної діагностики (патологія великих слинних залоз та оточуючих м'яких тканин привушно-жувальної ділянки).

Недоліком прототипу є відсутність диференціації видів паротиту.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб диференційної діагностики паротиту шляхом ультрасонографічної диференціації виду запалення привушних слинних залоз, що дасть можливість обрати адекватну тактику лікування.

Поставлена задача вирішується наступним чином:

У пацієнта з підозрою на паротит збирають анамнез, проводять пальпаторне обстеження та ультразвукову діагностику. Сонографію виконують в положенні пацієнта на спині, в стані спокою, з використанням лінійного трасдюсера з частотою 5,0-7,5-9,0 МГц. Застосовують методики ультразвукового дослідження: стандартний огляд у В-режимі та доплерографія з вивченням характеристики кровоплину. Зона обстеження - привушно-жувальна ділянка з візуалізацією привушних залоз та оточуючих м'яких тканин. Усім пацієнтам проводять огляд регіонарних лімфатичних вузлів.

Оцінюють стан ехогенності паренхіми, форму, розміри, структуру привушних слинних залоз. При збільшенні ураженої залози, зниженні ехогенності паренхіми та дифузній неоднорідності структури діагностують паренхіматозний паротит, а при збільшенні залози та затуханні ехосигналу - інтерстиціальний.

Неспецифічна УЗ-картина інтерстиціального паротиту, на відміну від ехо-картини паренхіматозного запалення, зумовлена тим, що інтерстицій наявний в меншому відсотковому співвідношенні до паренхіми.

Прикладами ефективного застосування способу є витяги з 2-х амбулаторних карток пацієнтів:

I. Хворий З., 1979 р.н., амбулаторна картка № 122013.

Пацієнт звернувся в клініку ультразвукової діагностики зі скаргами на періодичну болючу симетричну припухлість привушних ділянок, підвищення температури тіла, загальну слабкість, що турбує протягом двох років. Був скерований на УЗД щелепно-лицевим хірургом з підозрою на хронічний паротит. Хворого оглянуто, пальпаторно визначена болюча двобічна припухлість. Під час сіалосонографії виявлено двобічне збільшення привушних залоз, підвищення ехогенності паренхіми, дистальне затухання ехо-сигналу. Встановлено хронічний двобічний інтерстиціальний паротит.

II. Хворий К., 1988 р. н., амбулаторна картка № 042014.

Пацієнт звернувся у відділення щелепно-лицевої хірургії зі скаргами на різко болючу припухлість лівої привушної ділянки після переохолодження, фебрильну температуру тіла,

загальну слабкість, сухість у роті. З підозрою на лівобічний гострий паротит був направлений в клініку на УЗД. Хворого оглянуто, пальпаторно визначена припухлість лівої привушної ділянки. Під час сіалосонографії виявлено вдвічі збільшену ліву привушну залозу порівняно з контралатеральною стороною, різко гіпоехогенну, неоднорідну її структуру, гіперваскуляризовану при доплерографії. Діагностовано гострий лівобічний паренхіматозний паротит.

Джерела інформації:

1. Клиника и диагностика неопухолевых заболеваний околоушных слюнных желез / В.А. Маланчук, А.А. Гуч, Е.Н. Логановская, В.В. Перерва // Український медичний часопис. - 2010. - № 1 (75). - С. 63-67.

2. Щипский А.В. Дифференциальная диагностика сиаладеноза и хронического сиаладенита / А.В. Щипский, В.В. Афанасьев // Стоматология. - 2001. - № 3. - С. 31-35.

3. Лісова І.Г. Особливості частоти непухлинних захворювань слинних залоз серед різних груп населення / І.Г. Лісова // Вісник стоматології. - 2001. - № 2. - С. 29-30.

4. Надточий А.Г. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области / А.Г. Надточий // Медицинский журнал "SonoAce-Ultrason". - 2010. - № 21. - С. 6-10.

5. Паротит и его клинические имитаторы: возможности ультразвуковой дифференциальной диагностики / А.Г. Надточий, В. Джохри, В.Н. Костадинова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2002. - № 3. - С. 50-57 (прототип).

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб диференційної діагностики паротиту, що включає ультразвукове дослідження привушних залоз, який **відрізняється** тим, що при збільшенні привушної слинної залози, підвищенні ехогенності паренхіми та неоднорідності її структури діагностують паренхіматозний паротит, а при збільшенні розміру та дистальному затуханні ехо-сигналу - інтерстиціальний.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601