



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **103401** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)

**G01N 23/00**

**G01N 29/00**

**A61B 5/055** (2006.01)

**A61B 8/08** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2015 06884**

(22) Дата подання заявки: **10.07.2015**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **10.12.2015**

(46) Публікація відомостей  
про видачу патенту: **10.12.2015, Бюл.№ 23**

(72) Винахідник(и):

**Корженевський Леонід Вікентійович**  
**(UA),**

**Корженевський Юрій Леонідович (UA)**

(73) Власник(и):

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**  
**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л.**  
**ШУПИКА,**

вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)

## (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В НИЖНІЙ ДІЛЯНЦІ СПИНИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ НИРОК

### (57) Реферат:

Спосіб діагностики больового синдрому в нижній ділянці спини при патології нирок включає оцінку больового синдрому, неврологічного статусу, анамнезу, додаткових методів дослідження, а саме МРТ, КТ, спондилографії, УЗД черевної порожнини та лабораторних даних. При загостренні ниркової недостатності больовий синдром посилюється. При наявності анамнестичних, суб'єктивних та об'єктивних даних, а також додаткових методів досліджень, які підтверджують захворювання нирок, діагностують реналгію з подальшим призначенням відповідної даному захворюванню терапії.

UA 103401 U



Корисна модель належить до медицини та може бути використана в неврологічній та нефрологічній практиці при лікуванні хворих з захворюванням нирок.

В неврологічній практиці в процесі проведення діагностичних досліджень, а саме - диференційній діагностиці больового синдрому в нижній ділянці спини у хворого з патологією нирок, виникають певні труднощі при визначенні етіологічного чинника. Чи обумовлені ці болі вертеброгенною патологією або пов'язані з патологією нирок.

Як показує досвід, часто хворі, а нерідко і лікарі, біль, обумовлений захворюванням нирок, лікують як звичайний попереково-крижовий радикуліт.

Ю.С. Мартинов (1980) наводить спостереження, де протягом кількох років хвора страждала на біль в поперековій ділянці з незначним ефектом від консервативного лікування і тільки після встановлення діагнозу конкременту в нирці з наступним оперативним втручанням, біль більше не турбував хвору.

Дійсно, біль у нижній ділянці спини може бути обумовлений ураженням корінця (корінців) при патології хребта, але в корисній моделі, біль є наслідком захворювання нирок - реналгії.

Тому виникає необхідність проводити диференційну діагностику люмбалгії вертеброгенного ґенезу від болю на боці ураженої нирки - реналгії.

Нами проаналізовані доступні матеріали, але ми не знайшли системного підходу диференційної діагностики больового синдрому ренального ґенезу від вертебрального.

Усунення цього недоліку і є задачею корисної моделі. Поставлену задачу вирішують шляхом оцінки больового синдрому, неврологічного статусу, анамнезу, додаткових методів дослідження, а саме МРТ, КТ, спондилографії, УЗД черевної порожнини та лабораторних даних, згідно з корисною моделлю, проводять дослідження ураження периферичної нервової системи і при зазначених результатах дослідження, а саме:

1) гіпералгезія в зоні ThX-LII дерматомів;

2) проекція болю та чутливі порушення, як правило, співпадають з характерними для патології нирок зонами Захар'їна-Геда (дерматоми ThX-LII);

3) біль має постійний характер, іноді має місце нападopodobне його підсилення, але паравертебральні точки в цьому разі слабо позитивні;

4) має місце дисоціація між больовим синдромом та слабкопозитивними (або їх відсутністю) симптомами натягу нервових стовбурів - Ласега, Васермана, Мацкевича тощо;

5) серед клінічних проявів переважають симптоми подразнення - парестезії, біль, поживавлення сухожилкових рефлексів;

6) відсутні симптоми випадіння, компресії корінців Th10-L2;

7) біль майже не зменшується в положенні лежачи;

8) біль не посилюється під час рухів (ходи);

9) больовий синдром залежить від перебігу основного процесу, тобто - хвороби нирок: при загостренні ниркової недостатності больовий синдром посилюється;

10) на КТ, МРТ або спондилограмі поперекового, крижового, грудного відділів хребта відсутні зміни хребта, що можуть давати підставу для больового синдрому;

11) наявність анамнестичних, суб'єктивних та об'єктивних даних, а також додаткових методів досліджень які підтверджують захворювання нирок кваліфікують біль як реналгію, біль, обумовлений захворюванням нирок з подальшим призначенням відповідної даному захворюванню терапії.

Згідно з проведеними нами дослідженнями ураження периферичної нервової системи було визначено прогностичну значущість зазначених показників для виявлення вірогідності того, що больовий синдром у нижній ділянці спини не є попереково-крижовим радикулярним синдромом, а можна кваліфікувати біль як реналгію, - біль обумовлений патологією нирок.

Дослідження проводили на кафедрі неврології № 2 імені П.Л. Шупика.

Дана корисна модель дозволяє більш точно ставити діагноз, а саме, больовий синдром в поперековій ділянці кваліфікувати як реналгію, а не як попереково-крижовий радикулярний синдром (псевдорадикулярний).

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб діагностики больового синдрому в нижній ділянці спини при патології нирок, що включає оцінку больового синдрому, неврологічного статусу, анамнезу, додаткових методів дослідження, а саме МРТ, КТ, спондилографії, УЗД черевної порожнини та лабораторних даних, який **відрізняється** тим, що проводять дослідження ураження периферичної нервової системи і, при зазначених результатах дослідження, а саме гіпералгезія в зоні ThX-LII дерматомів, проекція болю та чутливі порушення, як правило, співпадають з характерними для патології нирок

- зонами Захар'їна-Геда (дерматоми ThX-LII), біль має постійний характер, іноді має місце нападopodobне його підсилення, але паравертебральні точки в цьому разі слабо позитивні, має місце дисоціація між больовим синдромом та слабкопозитивними (або їх відсутністю) симптомами натягу нервових стовбурів - Ласега, Васермана, Мацкевича тощо, переважають
- 5 симптоми подразнення - парестезії, біль, пожвавлення сухожилкових рефлексів, відсутні симптоми випадіння, компресії корінців Th10-L2, біль майже не зменшується в положенні лежачи, біль не посилюється під час рухів (ходи), на КТ, МРТ або спондилограмі поперекового, крижового, грудного відділів хребта відсутні зміни хребта, що можуть давати підставу для больового синдрому, больовий синдром залежить від перебігу основного процесу, тобто
- 10 хвороби нирок: при загостренні ниркової недостатності больовий синдром посилюється, наявність анамнестичних, суб'єктивних та об'єктивних даних, а також додаткових методів досліджень, які підтверджують захворювання нирок, діагностують реналгію з подальшим призначенням відповідної даному захворюванню терапії.

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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

---

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