



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14896 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПІРАМІДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ НАЯВНОСТІ ПЕРЕХРЕСНОГО СИМПТОМУ ОППЕНГЕЙМА**

1

2

(21) а200507156

(22) 18.07.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Шебатін Анатолій Іванович

(73) Шебатін Анатолій Іванович

(57) Спосіб діагностики пірамідної недостатності, що полягає у виявленні при неврологічному огляді

у хворого, який лежить на спині, перехресного симптому Оппенгейма, який **відрізняється** тим, що надавлюють і проводять по передній поверхні великогомілкової кістки пальцями рук зверху вниз, подразнюючи при цьому екстрорецептори, і, якщо на протилежній стопі відбувається розгинання першого пальця, то діагностують пірамідну недостатність.

Корисна модель стосується медицини, а саме невропатології і може бути використана у діагностиці пірамідної недостатності.

Існує чимало симптомів посвідчення про пірамідну недостатність, але не завжди при захворюваннях і поразках центральної нервової системи має місце раніше описані пірамідні знаки, тому, опис нових симптомів свідчення про пірамідну недостатність розширює діагностичні можливості лікаря.

Відомий спосіб діагностики пірамідної недостатності, який полягає в виявленні, при неврологічному огляді контралатеральний симптому Бабінського [М. Б. Кроль, Е.А.Федорова. Основные невропатологические синдромы. Москва "Медицина" 1966г. Стр.415].

Спільною суттєвою ознакою аналога і винаходу, що заявляється, є таке:

- механізм проявлення симптому.

Недоліки:

Відсутність контралатерального симптому Бабінського, пов'язаний не з відсутністю патології, а обумовлений якою-небудь іншою патологічною, або фізіологічною причиною.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб діагностики пірамідної недостатності, це виявлення при неврологічному огляді патологічного рефлексу Оппенгейма. [Е.И.Гусев, Г.С.Бурд, А.С.Никифоров. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. Москва "Медицина" 1999 стр.92].

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється є такі:

- механізм викликання рефлексу.

Недоліки:

Відсутність симптому Оппенгейма, пов'язаний не з відсутністю патології, а обумовлений якою-небудь іншою патологічною, або фізіологічною причиною.

В основу корисної моделі поставлена задача опису нового способу діагностики синдрому пірамідної недостатності, визначення додаткових ознак, що забезпечить розширення діагностичних можливостей лікаря.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі, що включає методику виявлення патологічного рефлексу Оппенгейма, новим є те, що відповідна реакція виявляється на протилежній конечності у виді розгинання першого пальця стопи.

Причинно-слідчий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється, і технічним результатом полягає у тому.

Наявність перехресного симптому Оппенгейма свідчить про пірамідну недостатність, при поліпшенні стану хворого - симптом зникає.

Таким чином, відсутність у хворого інших стопних патологічних ознак і виявлення перехресного симптому Оппенгейма, підвищує можливості лікаря у своєчасній та правильній діагностиці.

Спосіб виявлення перехресного симптому Оппенгейма здійснюється таким методом.

Хворий лежить у положенні на спині. Лікар проводить пальцями рук по передній поверхні великоберцової кістки зверху вниз, при цьому визи-

(13) U  
(11) 14896  
(19) UA

вається розгинання першого пальця на протилежній стопі.

Приклад. Хвора Д. 1948 року народження. Історія хвороби № 3088.

В анамнезі: в 1998 році перенесла ішемічний інсульт у системі каратида зліва.

Правостороння геміанопсія, правосторонній геміпарез, елементи сенсо-моторної афазії.

Комп'ютерна томографія від 13.10.1998 року: зліва в задньо-тім'яній області визначається гіпоінтенсивний фокус розміром 5х7 см., із досить чіткими краями, що не супроводжується ефектом об'ємного впливу. Серединні структури не зміщені.

Висновок: ішемічний інсульт в басейні середньої мозкової артерії зліва.

02.12.2003 року. Огляд невропатолога.

Хвора пред'являє скарги на головний біль, запаморочення у виді погойдування при ходьбі, шум у голові, мигтіння мушок перед очима. Хвора не зовсім орієнтована на місцевості і в часу, у бесіді плутає слова, не завжди розуміє задане їй питання.

Неврологічний статус: слабкість конвергенції очних яблук з двох сторін. Незначна асиметрія носогубних складок. Язик по середній лінії. Сухожильні рефлекси з рук високі без різниці сторін. Сухожильні рефлекси з ніг високі, зліва вище, чим справа. Черевні рефлекси низькі без різниці сторін. З правої верхньої кінцівки симптом Якобса-

Ласка. З нижніх кінцівок перехресний симптом Оппенгейма справа (подразнення екстрарецепторів проводилося на лівій нозі, що викликало повільне розгинання першого пальця правої стопи). Тонус м'язів правих кінцівок незначно підвищений.

Ехоенцефалографія. Зміщення серединних структур, ознак гідроцифалії не виявлено.

Реоенцефалографія. Помірна тахікардія (96 ударів у хвилину). Виражене підвищення тону артерій середнього і дрібного калібрів в обох басейнах. Електроенцефалографія. Виражене стійке підвищення тону активних структур ретикулярної формації, що активують, у виді вираженого стійкого блокування альфа ритму. Патологічних форм активності, фокальних змін не виявлено. Окуліст. Диск зорового нерва блідно-рожевий із чіткими межами. Вени звиті, повнокровні, стінки судин не рівномірні. Співвідношення артерії і вени рівні 1:3. Солюс 1. У макулярній зоні дистрофічні осередки. Після проведеного лікування у хворої зникли скарги, залишилися елементи сенсо-моторної афазії, хоча не настільки виражені. У неврологічному статусі залишається слабкість конвергенції очних яблук із двох сторін, сухожильні рефлекси з рук, ніг високі але без різниці сторін, чіткої різниці тону м'язів кінцівок із лівої і правої сторони немає. Патологічних рефлексів немає. Перехресний симптом Оппенгейма також зник.