



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17711 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОКОРУХОВОГО ПОРУШЕННЯ У ДІАГНОСТИЦІ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

2

(21) u200603284

(22) 27.03.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Шебатін Анатолій Іванович

(73) Шебатін Анатолій Іванович

(57) Спосіб визначення окорухового порушення у діагностиці вертебрально-базиллярної недостатності, який **відрізняється** тим, що з метою вдосконалення діагностики й розширення можливості лікаря на амбулаторному прийомі при неврологічному огляді визначають наявність схованої слабос-

сті м'яза, що піднімає верхнє віко, виявляють його легким утриманням опущених вік пацієнта при його активній спробі відкрити очі, на одній із сторін око відкрити значно складніше, або намагаються активно пальцями рук опустити верхні віка відкритих очей пацієнта при його активному опорі, на одній із сторін це зробити значно легше, що свідчить про наявність об'єктивного окорухового симптому, який входить до складу діагностичних критеріїв, що визначають вертебрально-базиллярну недостатність.

Корисна модель стосується медицини, а саме неврології і може бути використана в діагностиці вертебро-базиллярної недостатності.

Одним із додаткових ознак при діагностиці вертебро-базиллярної недостатності є зорові та окорухні порушення. Зорові порушення найчастіше виступають у вигляді скарг хворого, а відомі окорухні порушення не завжди виявляються при огляді, що утрудняє об'єктивну діагностику даної патології, тому опис і застосування нових об'єктивних симптомів удосконалює і поліпшує якість діагностичної роботи.

Відомий симптом окорухного порушення в гострий період розладу кровообігу у вертебро-базиллярному басейні - це наявність птозу верхнього віка [Н.В.Верещагин. Патология вертебро-базиллярной системы и нарушение мозгового кровообращения. Москва. Медицина 1980. с.166].

Спільними суттєвими ознаками аналога й корисної моделі, що заявляється, є діагностика окорухної поразки, що проявляється в слабкості м'яза, піднімаючого верхнє віко.

Цей спосіб недостатньо ефективний, тому, що даний симптом характерний для порушення кровообігу у вертебро-базиллярному басейні в гострий період і не характерний для хронічно поточного процесу, особливо в початковий період.

Найбільш близьким по технічній сутності й ре-

зультатам, що досягаються, є спосіб у якому одним з ознак діагностики вертебро-базиллярної недостатності є минулі порушення окорухних м'язів [Н.В.Верещагин. Вопросы диагностики нарушения кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне. Клиническая медицина 1983. №9. с.5].

Спільними суттєвими ознаками прототипу й корисної моделі, що заявляється, є виникаюча слабкість окорухних м'язів.

Цей спосіб недостатньо ефективний, тому що дана симптоматика минула і не завжди в момент огляду хворого може мати місце.

В основу корисної моделі поставлене завдання: розширення можливості об'єктивного визначення окорухного порушення, як одного з ознак застосовуваних при діагностиці вертебро-базиллярної недостатності шляхом введення в діагностичний процес нового об'єктивного окорухного симптому.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі застосування окорухного порушення при діагностиці вертебро-базиллярної недостатності на відміну від прототипу, де окорухні порушення носять минулий характер, що утрудняє діагностику, новим є те, що симптом верхнього віка Шебатіна є не минулим симптомом, а стабільною ознакою, яку можна використати в діагностичному процесі.

Причинно-унаслідковий зв'язок між сукупніс-

(13) U
(11) 17711
(19) UA

тю ознаки, що заявляється й технічним результатом полягає в наступному.

Симптом верхнього віка Шебатіна - це схована слабкість м'яза, піднімаючого верхнє віко, отже, будучи окорушним порушенням і входить складеним компонентом у діагностичні критерії синдрому вертебро-базиллярної недостатності. Таким чином, симптом верхнього віка Шебатіна є стабільним окорушним порушенням на відміну від минулих окорушних порушень, що підвищує можливості своєчасної й правильної діагностики вертебро-базиллярної недостатності і вчасно призначеного адекватного лікування.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під час неврологічного огляду пацієнт перебуває в положенні, сидячи (стоячи, лежачи на спині), лікар, перебуваючи перед хворим, руками охоплює голову пацієнта з двох сторін на рівні його очей, при цьому великі пальці розташовані на верхніх віках, ближче до латерального краю.

1 варіант: верхні віка у пацієнта опущені, лікар, злегка притискає їх, і просить пацієнта по команді підняти верхні віка, на одній із сторін - око значно сутужніше відкрити.

2 варіант: очі пацієнта відкриті, лікар, злегка притискаючи, великими пальцями намагається опустити верхні віка пацієнта при його активному опорі, на одній із сторін верхнє віко опускається легше.

Приклад. Хворий Т. 1943р. Звернувся 8.06.2001 зі скаргами на запаморочення. О 2 години ночі прокинувся, з'явилася нудота, блювота і з

тих пір відзначає запаморочення у вигляді погойдування.

У неврологічному статусі: зіниці рівні між собою, рух очних яблук у повному обсязі. Симптом верхнього віка Шебатіна позитивний ліворуч. Язик по середній лінії. Сухожильні рефлексі з рук середньої жвавості без різниці сторін, з ніг оживлені, без різниці сторін. Симптом Маринеску-Радовича з двох сторін. Стопних патологічних рефлексів немає. У позі Ромберга погойдування. Координаційні проби виконує правильно. Артеріальний тиск 130/90мм.рт.ст.

В об'єктивному статусі присутні тільки два об'єктивних симптоми, що свідчать за вертебро-базиллярну недостатність, це окорушне порушення у вигляді симптому верхнього віка ліворуч і порушення статичності у вигляді погойдування в позі Ромберга. Наступні обстеження підтвердили дану патологію.

Окуліст. Диск зорового нерва блідо-рожевих кольорів. Границі: праве око чіткі, ліве око: зглажена верхня носова границя. Артерії звужені, вени помірковано повнокровні. Висновок: склеротична ангиопатія сітківки.

Допплерографія судин головного мозку. Вигин у сегменті V₁ правої хребетної артерії, звитість у сегменті V₁ лівої хребетної артерії. Швидкість кровотока в сегменті V₂ по хребетних артеріях знижена з двох сторін. Транс краніальна доплерографія; швидкість кровотока по інтракраніальному відділу хребетної артерії знижена з двох сторін.