



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **32988** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61B 5/11МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

1

2

(21) u200800771

(22) 22.01.2008

(46) 10.06.2008, Бюл.№ 11, 2008 р.

(72) ШЕБАТІН АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ, UA

(73) ШЕБАТІН АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ, UA

(57) Спосіб ранньої діагностики уражень центральної нервової системи, який полягає в зміні положення тіла пацієнта з вертикального на горизонтальне, який **відрізняється** тим, що з метою розширення діагностичних можливостей лікаря на амбулаторному прийомі, під час неврологічного огляду визначають, чи має місце асиметрія колін-

них рефлексів, шляхом удару молоточком по сухожиллю чотириголового м'яза стегна, порівняння викликаних сухожильних колінних рефлексів, в положенні сидячи, і відразу після зміни положення тіла на горизонтальне, лежачи на спині, тимчасове підвищення сухожильного колінного рефлексу з одної із сторін, при рівному їх співвідношенні в положенні сидячи, свідчить про наявність позитивної лабіринтової проби, що дає можливість припустити наявність патології центральної нервової системи і продовжити розширене обстеження хворого.

Корисна модель стосується медицини, а саме неврології і може бути застосована в діагностиці порушень головного мозку, частіше ствольних структур мозку.

Раннє виявлення патології центральної нервової системи (ЦНС) одне з основних завдань медицини, особливо це важливо під час амбулаторного прийому, медичного огляду, коли необхідно в короткий проміжок часу виділити пацієнтів, які потребують розширеного медичного обстеження. Багато патологічних станів мають специфічні симптоми, проте вони рідко виступають як перші ознаки захворювання, найчастіше їх поява свідчить про процес, що далеко зайшов, тому велике значення мають симптоми і проби не специфічного характеру, тобто що виникають при різних захворюваннях ЦНС, вони, як правило, стають першими ознаками патології.

Відомий патологічний симптом «Феномен сонця, що заходить», викликається швидким переведенням лежачої дитини в положення сидячи. При цьому очні яблука на декілька секунд повертаються всередину і вниз так, що веселкова оболонка частково перекривається нижнім віком і стає видимою склера в широко розкритій щілині. Потім очні яблука повертаються в початкове положення. Виявлення рефлексу у дітей старше за три місяці указує на ураження нервової системи [Г.П.Губа. Справочник по неврологической семиотике. Киев «Вища школа» 1983 С.174].

Спільною суттєвою ознакою аналога і корисної моделі, що заявляється, є таке:

- зміна положення тіла для виявлення симптому

- симптом не вказує на можливість поразки певної структури, тобто має місце неспецифічність даної ознаки.

Цей спосіб недостатньо ефективний, тому що дана ознака з'являється тільки у ранньому дитячому віці.

Найбільш близьким по технічній сутності та результатам, що досягаються, є спосіб визначення ранньої поразки ствольних структур заснований на виявленні в пацієнта ністагму після зміни положення тіла з вертикального на горизонтальне, позиційний ністагм. [Е.И.Гусев, Г.С.Бурд, А.С.Никифоров. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. Москва «Медицина» 1999 С.264].

Спільними суттєвими ознаками прототипу й корисної моделі, що заявляється, є таке:

- зміна положення тіла пацієнта при визначенні ознаки.

Цей спосіб недостатньо ефективний, тому що:

- можлива наявність вираженого спонтанного ністагму, уродженого ністагму, або є інша причина, що не дозволяє виявити позиційний ністагм.

- відсутність ністагму, обумовленого не відсутністю патології, а іншими причинами фізіологічного або патологічного характеру.

(13) **U**(11) **32988**(19) **UA**

В основу корисної моделі поставлене завдання визначення нового способу ранньої діагностики патології ЦНС.

Поставлене завдання вирішується тим, що спосіб визначення патології ЦНС заснований на зміні положення тіла при неврологічному огляді, на відміну від прототипу новим є те, що до зміни положення тіла визначають колінні сухожильні рефлекси і відразу після зміни положення тіла з вертикального на горизонтальне знову проводять визначення колінних сухожильних рефлексів, тимчасове підвищення колінного рефлексу на одній із сторін, в положення, лежачи на спині, свідчить про наявність позитивну лабіринтову пробу.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному.

Зміна положення тіла пацієнта приводить до подразнення отолітового апарату, а неспроможність структур головного мозку при його патології знижує гальмуючий вплив на нижче лежачі структури, що й проявляється підвищенням досліджуваного колінного рефлексу на одній з кінцівок. Тимчасовий характер даного підвищення свідчить про поступову компенсацію даного порушення.

Таким чином, необхідно відзначити чітку інформативність даного симптому, як об'єктивної ознаки порушення функції головного мозку, особливо під час відсутності інших патологічних симптомів що покращує якість діагностичної роботи лікаря на амбулаторному прийомі.

Спосіб здійснюють таким чином.

Під час неврологічного огляду в положенні сидячи визначають сухожильні колінні рефлекси, шляхом удару молоточком по сухожиллю чотирьохглавого м'яза стегна, положення тіла пацієнта переводимо в горизонтальне, і знову шляхом удара молоточком по сухожиллю чотирьохглавого м'яза стегна визначають сухожильні колінні рефлекси, тимчасове підвищення колінного рефлексу з однієї із сторін, після зміни положення тіла на горизонтальне, при спочатку рівному співвідношенні їх до зміни положення тіла, свідчить про

позитивну лабіринтову пробу, симптом не стійкий і визначається тільки після зміни положення тіла.

Приклад.

Хворий Т. 1953р. народження. Історія хвороби №2254 від 20.09.2007р. Скарги: страхи, тривога, головний біль, тяжкість в ногах, болі в шийному відділі хребта. У анамнезі черепно-мозкові травми 1994г., 2004г.- не лікувався. У неврологічному статусі: черепно-мозкова інервация без особливості. Сухожильні рефлекси, без чіткої різниці сторін в положенні сидячи, відразу після перекладу хворого в положення лежачи, при визначенні колінних сухожильних рефлексів, відмічена чітка асиметрія  $S>D$ , Через одну, дві хвилини рефлексорна різниця зникла. Черевні рефлекси  $S<D$  нижні і середні, верхні  $S=D$ . При обстеженні виявлено наступне:

Консультація окуліста: диск зорового нерва блідо-рожевого кольору, ангіосклероз сітківки. У макулярній і перимакулярній області дрібноточечні дистрофічні вогнища жовтого кольору. Висновок: Ангіосклероз сітківки. Краніографія патології не виявлено.

ЕХО-енцефалографія патології не виявлено.

Реоенцефалографія: виявлено деяке порушення між амплітудного коефіцієнта, амплітуда в басейні внутрішньої сонної артерії нижче, ніж у вертебробазиллярному басейні (0,08 і 0,1). Виражене підвищення тону в басейні внутрішньої сонної артерії і помірне в басейні вертебробазиллярної. Електроенцефалографія: легка дисфункція глибинних структур мозку у вигляді помірно стійкої дифузної дезорганізації ритмів  $\alpha$  і  $\beta$ . Комп'ютерна томографія головного мозку: вогнищ патологічної щільності в речовині мозку не виявлено. Дислокації серединних структур немає. Лікворні комунікації значно розширені. Висновок: атрофічна гідроцефалія. Таким чином, в результаті обстеження, виявлена патологія у вигляді оклюзійної гідроцефалії. І практично єдиним об'єктивним неврологічним признаком, що свідчить про органічну природу даного страждання це позитивна лабіринтова проба. Анізорефлексія черевних рефлексів збагачує симптоматику, вказуючи на прогресивність даної патології - симптом Розенфельда.