



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34509 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/11
A61K 31/445

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНКІЛОЗИВНОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

1

(21) u200804034
(22) 31.03.2008
(24) 11.08.2008
(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.
(72) МАСИК ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA, КОЗІЙ
НІНА ІГОРІВНА, UA
(73) МАСИК ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA, КОЗІЙ
НІНА ІГОРІВНА, UA
(57) Спосіб діагностики анкілозивного спондилоар-
триту, що включає оцінку стандартного переліку
ступеня больових відчуттів, ранкової скутості та
рухової спроможності пацієнта, який **відрізняється**

2

ся тим, що тестування проводять у два етапи, причому після виконання першого етапу здійснюють медикаментозну корекцію м'язового тону пацієнта, на фоні якої проводять повторне тестування, при цьому м'язовий тонус коригують препаратом міорелаксанта дії мідокалмом, який призначають всередину по 50 мг тричі на день упродовж 8 діб, а діагностичний висновок роблять за результатами порівняльного аналізу показників тестових проб - вихідних і на фоні проведеної корекції м'язового тону.

Корисна модель стосується медицини, а саме ревматології, ортопедії та неврології, і може бути використана в діагностиці захворювань суглобів, зокрема анкілозивного спондилоартриту.

Відомий спосіб діагностики анкілозивного спондилоартриту, що включає оцінку стандартного переліку ступеню больових відчуттів, ранкової скутості та рухової спроможності пацієнта [1]. За відомим способом, результати діагностичного тестування складається з оцінки протягом переднього тижня загального рівня втомлюваності, болю в шії, спині або стегні, загального рівня болю в інших суглобах, дискомфорту в будь-яких ділянках тіла на дотик або натискання, ранкової скутості від часу пробудження і тривалості цього періоду від часу пробудження, що оцінюють за регламентованим індексом BASDAI [Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index] по десяти сантиметровій візуальній аналоговій шкалі первинних індивідуалізованих оцінок за відчуттям пацієнта.

Недоліком відомого способу є недостатній рівень інформативності, що впливає з неврахування участі порушень м'язового тону при оцінці показників обмеження рухової спроможності суглобів та рівня болю в зазначених ділянках.

Беручи до уваги те, що при запальних захворюваннях суглобів (в тому числі при анкілозивному спондилоартриті) сприйняття пацієнтом больових відчуттів та порушення рухової функції (в тому числі ранкової скутості) зумовлене як деструктив-

ними процесами в костях, так і м'язовим спазмом, який має функціональний (рефлекторний) характер, то при визначенні індексу активності захворювання за регламентованим інтегральним індексом BADAI (відомим способом) діагностичний висновок зумовлений сумациєю проявів як органічних, так і функціональних (м'язовий спазм) змін у м'язово-суглобовому апараті, що знижує інформативність діагностичного дослідження.

В основу корисної моделі поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом введення додаткового технологічного прийому, спрямованого на нівелювання проявів функціонального м'язового спазму, досягають підвищення інформативності діагностичного дослідження.

При вирішенні технічного завдання була взята до уваги здатність препаратів міорелаксанта дії усувати спазм м'язів, що сприятиме отриманню об'єктивнішої, порівняно з відомим способом, оцінки ступеня проявів захворювання шляхом нівелювання м'язової складової больового синдрому та порушення рухової функції.

Виходячи з наведеного, поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі діагностики анкілозивного спондилоартриту, що включає оцінку стандартного переліку ступеню больових відчуттів, ранкової скутості та рухової спроможності пацієнта, відповідно до корисної моделі тестування проводять у два етапи, причому після виконання першого етапу здійснюють медикаментозну

UA (19)
34509 (11)
U (13)

корекцію м'язового тону пацієнта, на фоні якої проводять повторне тестування, причому м'язовий тонус коригують препаратом міорелаксанта дії мідокалмом, який призначають всередину по 50мг тричі на день упродовж 8 діб, а діагностичний висновок роблять за результатами порівняльного аналізу показників тестових проб - вихідних і на фоні проведеної корекції м'язового тону.

Спосіб здійснюють наступним чином. При проведенні діагностичного обстеження хворих на предмет встановлення діагнозу анкілозівного спондилоартриту визначення індексу BASDAI виконують у два етапи, перший з яких виконують за стандартною методикою, а другий - через 8 днів після призначення міорелаксанту центральної дії мідокалму всередину по 50мг тричі на добу. При визначенні тривалості застосування мідокалму виходили з того, що після 8 днів застосування мідокалму у 96% пацієнтів з анкілозівним спондилоартритом зростання індексу BASDAI не відбувалося.

Приклад 1. Пацієнт С, 40 років, хворіє на анкілозівний спондилоартрит протягом 24 років. Скарги на суттєве обмеження рухів в попереково-грудному, менше - в шийному відділі хребта, відчуття ранкової скруті в хребті тривалістю 60-75 хвилин. Протягом 22 років застосовує нестероїдні протизапальні препарати в середньому 11 місяців на рік. Протягом останніх п'яти років відбулося значне погіршення рухової функції усіх відділів хребта. При об'єктивному огляді відмічається суттєве порушення об'єму рухів у грудно-поперековому та шийному відділах хребта. При визначенні індексу BASDAI за стандартною методикою отриманий результат 26см, що є свідченням суттєвої активності захворювання. При визначенні ступеня активності за вітчизняними критеріями [2], заснованими на оцінці клініко-лабораторних показників, виявлено, що активність захворювання відповідає мінімальному ступеню (швидкість осідання еритроцитів - 12мм/годину, С-реактивний білок в нормі, вміст α_2 -глобулінів - 11%). Таким чином, спостерігалася невідповідність

між ступенем активності захворювання, оціненого за шкалою BASDAI та вітчизняними критеріями. Хворому було застосоване додаткове восьмиденне лікування міорелаксантом мідокалмом по 50мг тричі на добу. При повторному визначенні індексу BASDAI відповідно до корисної моделі був отриманий результат 15см. Зроблено висновок про те, що зменшення рівня болю, ранкової скруті та покращання рухової функції спричинене усуненням спастичного компонента під впливом мідокалму. Отже, високий показник активності запального процесу в опорно-руховому апараті пацієнта, визначений з використанням стандартної шкали BASDAI, частково був зумовлений супутнім м'язовим спазмом.

Приклад 2. Про доцільність і переваги запропонованого способу свідчать результати обстеження 19 пацієнтів з анкілозівним спондилоартритом. З використанням запропонованого способу вдалося об'єктивізувати ступінь активності за шкалою BASDAI в усіх хворих. Результати проведення функціонально-діагностичного дослідження за запропонованим способом дозволили глибше і точніше, ніж за відомим способом, провести діагностику захворювання, що сприяло своєчасному застосуванню оптимального медикаментозного лікування.

Таким чином, застосування запропонованого способу забезпечує вищий, ніж за способом-найближчим аналогом, рівень діагностичної інформативності і може бути використаний в ревматології і ортопедичній практиці.

Джерела інформації:

1. Garrett S., Jenkinson T., Kennedy L.G. et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index//J. Rheumatol. - 1994. - Vol.21. - P.2286-2291.

2. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб / Під ред. В. М. Коваленка, Н.М. Шуби. - Київ, 2004. - 113с.