



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 59176

(13) A

(51) 7 A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТОVBУРОВОГО СИНДРОМУ - ГЛОСОДИНІЇ

1

2

(21) 2003054890

(22) 28 05 2003

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Яворська Олена Станіславівна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб діагностики стовбурового синдрому –
глосодинії, що включає вивчення стоматологічного
статусу, який відрізняється тим, що додатково

визначають неврологічний статус - скарги хворого на парестезії, порушення слиновиділення, смаку, ковтання, об'єктивним оглядом виявляють порушення чутливості у ділянці слизової оболонки порожнини рота, глотки та шкіри обличчя по сегментарному /стовбуровому/ дисоційованому типу на фоні вегето-судинної дистонії і при порушенні нервових утворень, що інervують щелепно-лицеву область, діагностують стовбуровий синдром – глосодинію

Винахід, що заявляється, стосується галузі медицини, а саме стоматології і неврології, та призначений для діагностики хворих висцерально-рефлекторним стовбуровим синдромом - глосодинією

Значна поширеність стовбурового синдрому серед населення, зростання питомої ваги важких форм захворювання в об'єктивну підставу для вивчення головних патогенетичних механізмів, що визначають розвиток захворювання

Існуючі способи діагностики стовбурового синдрому не дають змоги встановити діагноз і не мають можливостей запропонувати лікування хворих. Тому стало необхідним детально вивчити клінічну симптоматику глосодинії, використавши методи діагностики, які б дали змогу розкрити анатомічний статус і патогенез синдрому глосодинії

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення аналогом - прототипом є спосіб діагностики глосодинії /1/ шляхом вивчення тільки стоматологічного статусу хворого. Однак, вказаний спосіб базується тільки на вивченні стоматологічного статусу хворого, що не дає можливості розкрити етіологію і анатомічний субстрат глосодинії. Автори не провели аналіз скарг хворого - симптому болю з парестезіями, а об'єктивний клінічний картини не відокремили хворих з відсутністю запалення слизової оболонки язика, що відрізняє глосодинію від глоситів

Завдання, що вирішується у даному винаході, полягає у створенні способу діагностики стовбурового синдрому - глосодинії шляхом детального вивчення клінічної симптоматики глосодинії з використанням методів дослідження порушень функції нервової системи хворого

Технічний результат, який досягається, полягає у значному підвищенні точності діагнозу та вибору раціонального етіологічного та патогенетичного способу лікування хворих

Поставлення задачі вирішується завдяки тому, що у відомому способі діагностики глосодинії, що передбачає вивчення стоматологічного статусу, який відрізняється тим, що додатково визначають неврологічний статус - скарги хворого на парестезії, порушення слиновиділення, смаку, ковтання, об'єктивним оглядом виявляють порушення чутливості у ділянці слизової оболонки порожнини рота, глотки та шкіри обличчя по сегментарному /стовбуровому/ дисоційованому типу на фоні вегето-судинної дистонії і при порушенні нервових утворень, інervуючих щелепно-лицеву область, діагностують стовбуровий синдром - глосодинію

Відмінною особливістю способу діагностики стовбурового синдрому глосодинії, що заявляється, є те, що вивчення неврологічного статусу хворого та виділення парестезії як ведучого симптому дало можливість встановити клінічну симптоматику і патогенез глосодинії з позиції нозологічної самостійності як висцеро-рефлекторного /стовбурового/ синдрому, встановити патоморфологічний субстрат, відповідальний за хворобу. При об'єктивному обстеженні хворого, включаючи неврологічний статус, підтверджується наявність порушень слиновиділення, смаку, ковтання, відсутність глоткового та фіранкового рефлексів, порушення чутливості в ділянках слизової оболонки язика, глотки та шкіри обличчя по сегментарному /стовбуровому/ дисоційованому типу на фоні вегето-судинної дистонії - неврозу

Перевагою дослідження неврологічного статусу

(13) A

(11) 59176

(19) UA

су та направленою способу діагностики дає можливість встановити діагноз стовбурового синдрому /глосодинії/ і запропонувати тактику лікування хворого

Спосіб діагностики стовбурового синдрому - глосодинії здійснюється наступним чином. Проводять направлене опитування хворого, огляд порожнини рота, вивчення неврологічного статусу, пальпацію точок виходу п'яток трійчастого нерва, вегетативних вузлів голови і шиї, дослідження чутливості слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя. Аналізують результати лабораторних, клінічних та параклінічних методів дослідження, що інформують про загальний стан хворого, локалізацію і характер захворювання внутрішніх органів. Дані варіаційної пульсометрії показують характер та ступень порушення функції блокуючого нерва. Скарги хворого, дані об'єктивного обстеження виявляють порушення функції вегетативної нервової системи та внутрішніх органів.

Встановлюють каузальний зв'язок виникнення та перебігу клінічного проявлення стовбурового синдрому, що підтверджує анатомічний та функціональний зв'язок висцеральних волокон блукаючого нерва з ядрами стовбура мозку, які відповідають за слиновиділення, смак, ковтання та чутливість в ділянці язика, порожнини рота та шкіри обличчя.

Конкретні приклади здійснення способу
ПРИКЛАД 1

Історія хвороби №295, хвора Форсенко А.Т., жіночої статі, 1927р. нар., звернулася 20 III 2000р. в стоматологічну поліклініку НМУ зі скаргами на печіння слизової оболонки язика, порожнини рота, губ, відсутність сльози, смаку, утруднене проковтування їжі - все запиває чаєм. Довге засипання, сон короткий, частий головний біль.

Захворіла 6 місяців тому назад, коли була в терапевтичному стаціонарі для чорнобильців з діагнозом хронічний холецистит, хронічний гепатит. Прийняла інтенсивний курс лікування: дієта, антибіотикотерапія, вітаміни групи В, есенціале в/в, фестал та ін. Біль в животі припинився, а в порожнині рота та шкіри обличчя пекучість трішки стихла, але відсутність смаку при прийомі їжі та сухість в порожнині рота дуже турбують хвору.

При огляді порожнини рота виявлено відсутність усіх зубів (користується знімним протезом), слизова оболонка блідо-рожевого кольору, суха, язик набряклий, плотковий і фіранковий рефлексів відсутні, проба на смак по Зайко знижена.

Захворювання органів порожнини рота не виявлено.

При дослідженні неврологічного статусу з'ясовано скарги на біль голови у вечірній та нічний час, безсоння, поганий настрій. Часто підвищується артеріальний тиск - до 160/90 мм рт.ст. і більше.

Об'єктивно, больова чутливість слизової оболонки язика, порожнини рота та шкіри обличчя в 1-2 зонах (за Зельдером) підвищена по дисоційованому сегментарному типу. При пальпації в ділянках проекції верхніх шийних симпатичних вузлів виявлена больова реакція.

Скарги хворої та представлені лабораторні та клінічні аналізи підтвердили діагноз хронічного гепатиту та холециститу в стадії ремісії. На основі

анамнезу, скарг хворої та об'єктивного вивчення неврологічного статусу виявлено порушення функції вегетативної нервової системи на фоні захворювання внутрішніх органів. Встановлений каузальний зв'язок виникнення та перебігу клінічних симптомів в порожнині рота при загостренні захворювання внутрішніх органів.

Встановлений діагноз: висцеро-рефлекторний (стовбуровий) синдром. В даному спостереженні підтверджується анатомо-функціональний зв'язок висцеральних волокон блукаючого нерва з ядрами стовбура мозку, які відповідають за слиновиділення, смак, ковтання та чутливість (печіння) в ділянці язика, порожнини рота, глотки та шкіри обличчя.

ПРИКЛАД 2

Хворий Зирич Т.В., 1955р.н., що проживає за адресою Київ, вул. Виборзька, 55/13, кв. 202, звернувся 10.11.2000 року, зі скаргами на втрату смакових відчуттів, сухість в порожнині рота, утруднення ковтання, пощипування, поколювання язика, особливо у вечірній час, вночі. Під час прийому їжі ці відчуття припиняються.

Захворів 4 місяці тому назад, коли звернувся свою увагу на відсутність смаку їжі. Це почало турбувати, звертався неодноразово в поліклініку до стоматологів та терапевтів зі скаргами на відсутність смаку, приймав полівітаміни та різні полоскання порожнини рота, але ці відчуття підсилювались, з'явилася відчуття пощипування, опіку язика, губ.

В дитинстві не хворів. В 1993 році з'явився біль в ділянці шлунку, печінки, запори, втрата апетиту.

В терапевтичному стаціонарі районної лікарні поставлений діагноз: гіпоацидний гастрит, холецистопанкреатит, гепатит.

Зубна формула

00654321 | 12345006

00054321 | 12345678

Огляд порожнини рота: слизова оболонка порожнини рота язика набрякла, суха, ділянка м'якого піднебіння іктерична. Глотковий та фіранковий рефлексів відсутні.

Аналіз крові: еритроцити - $4,2 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобін - $126/\text{л}$, кольоровий показник - 0,9, тромбоцити - 226×10^9 , протромбіновий індекс - 86,0, кров на цукор - 6,2. УЗО органів черевної порожнини.

Пальпація ділянки проекції виходу п'яток трійчастого нерва, судинних стовбурів і вегетативних вузлів голови та шиї безболісні. Больова чутливість в ділянці 1-2 сегментів шкіри обличчя /за Зельдером/ змінена за дисоційованим типом - підвищена поверхнева при збереженій глибокій.

Діагноз: глосодинія, гіпоацидний гастрит, гепатит, холецистопанкреатит в стадії загострення.

Призначено лікування висцеральної патології, симпатикотропні препарати.

По запропонованому способу діагностики стовбурового синдрому - глосодинії було обстежено 1000 хворих у віці від 24 до 55 років, у всіх був встановлений діагноз стовбурового синдрому - глосодинії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Михеев В.Б., Рубин Л.Р. Стоматоневрологические синдромы. М., Медицина, - 1966 - 264с.

