

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2013

Регистрационный № 183 1113

## МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
неврологии и нейрохирургии»

Авторы: к.м.н. О.А. Алёникова, д.м.н., профессор С.А. Лихачев

Минск, 2013

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич  
05.12.2013  
Регистрационный № 183-1113

**МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический  
центр неврологии и нейрохирургии»

АВТОРЫ: канд. мед. наук О.А. Аленикова, д-р мед. наук, проф. С.А. Лихачев

Минск 2013

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана с целью повышения качества дифференциальной диагностики болезни Паркинсона и других заболеваний нервной системы, основной клинической картиной которых является синдром паркинсонизма. Метод диагностики основан на измерениях корнеоретинального потенциала в условиях умеренного дневного освещения с последующей оценкой его изменений во время темновой адаптации глаз.

Инструкция предназначена для врачей-неврологов, врачей-офтальмологов, врачей функциональной диагностики.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Электроды для мониторинга и коммутирующие соединения.
2. Нейрофизиологический комплекс с модулем для регистрации электроокулографии и измерением корнеоретинального потенциала.
3. Экран или монитор для подачи зрительных стимулов.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Болезнь Паркинсона.
2. Нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы с синдромом паркинсонизма.
3. Оценка эффективности действия противопаркинсонических лекарственных средств.

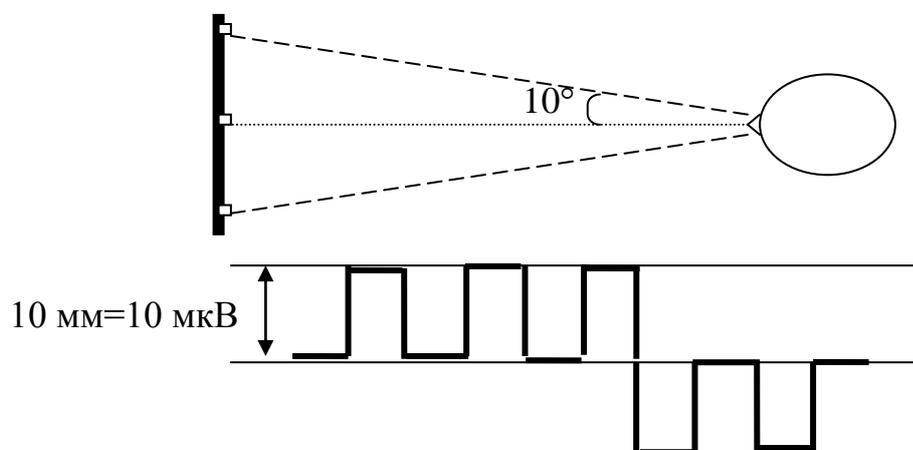
### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Слепота обоих глаз.
2. Аномалии цветового зрения.
3. Полная (наружная) офтальмоплегия.
4. Отслойка сетчатки.
5. Наследственные ретинальные дистрофии.
6. Острое психотическое расстройство.

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Для исследования величины корнеоретинального потенциала используется электронистагмограф. Проводится двухканальная регистрация. Электроды накладываются у наружных углов глаз (регистрация горизонтальных движений) и на область верхнего и нижнего края глазницы (регистрация вертикальных движений глаз). Индифферентный электрод фиксируется на лбу. Для уменьшения междуэлектродного сопротивления кожные покровы в местах наложения электродов предварительно обрабатывались эфирно-спиртовой смесью. Пациента усаживают перед экраном монитора, на черном фоне которого подается калибровочный стимул в виде белой точки 10 мм в диаметре, скачкообразно перемещающейся от центральной позиции влево и вправо, вверх и вниз на 10°. На экране монитора параллельно на двух каналах регистрируется траектория движения глаз, амплитуда отклонения которой от срединной линии регулируется вручную с использованием специальной функции программного обеспечения

таким образом, чтобы отклонение глазных яблок в горизонтальном и вертикальном направлении от центрального положения на  $10^\circ$  соответствовало отклонению графически отображаемой траектории в 10 мкВ, так как указано на рис.



**Рисунок — Калибровка движений глаз**

Величина корнеоретинального потенциала при этом отображается автоматически и выражается в мкВ/градус. Исследование пациента проводится вначале в освещенном помещении. Измеряется корнеоретинальный потенциал во время калибровочных движений глаз в горизонтальной и вертикальной плоскостях. Значение корнеоретинального потенциала при дневном свете является базовым потенциалом. Затем осуществляется темновая адаптация глаз в течение 5 мин и снова аналогичным образом измеряется корнеоретинальный потенциал в темноте (потенциал темнового спада).

1. Снижение корнеоретинального потенциала после 5-минутной темновой адаптации глаз более чем на 0,5 мкВ/градус в горизонтальном и/или вертикальном направлении по сравнению с базовыми значениями свидетельствует о наличии болезни Паркинсона.

2. Отсутствие снижения корнеоретинального потенциала или его повышение после 5-минутной темновой адаптации глаз исключает болезнь Паркинсона, но свидетельствует о других экстрапирамидных заболеваниях с синдромом паркинсонизма.

3. Снижение корнеоретинального потенциала после 5-минутной темновой адаптации глаз от 0 до 0,5 мкВ/градус требует повторных измерений с оценкой результатов в динамике.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Не отмечены.