



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55384 (13) U
(51) МПК (2009)
G01N 33/48
A61B 5/145

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

**(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АНТИФОС-
ФОЛІПІДНОМУ СИНДРОМІ**

1

(21) u201007306
(22) 11.06.2010
(24) 10.12.2010
(46) 10.12.2010, Бюл. № 23, 2010 р.
(72) ШЕВЧУК СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ, ПРИСЯЖ-
НЮК ЛЮБОВ ВІКТОРІВНА, БЕЗСМЕРТНА ГАЛИ-
НА ВІКТОРІВНА, СЕГЕДА ЮЛІЯ СЕРГІЇВНА
(73) НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ РЕАБІЛІ-
ТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ (НАВЧАЛЬНО-НАУКОВО-
ЛІКУВАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС) ВІННИЦЬКОГО НА-

2

ЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ.
М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб прогнозування ризику тромботичних ускладнень при антифосфоліпідному синдромі, що включає виявлення спонтанних абортів, ТІА, сітчастого ліведа, рівнів ліпідів, холестерину, тригліцеридів, антитіл до бета-2-глікопротеїну 1, фібриногену, протеїну С, рівнів SVCAM-1 та L-селектину, який **відрізняється** тим, що при рівнях SVCAM-1>1800 нмоль/мл та L-селектину>3000 нг/мл, прогнозують ризик тромботичних ускладнень.

Спосіб прогнозування ризику тромботичних ускладнень при антифосфоліпідному синдромі (АФЛС) відноситься до медицини, зокрема до ревматології. Він призначений і може бути використаний при лікуванні хворих.

Способи прогнозування ризику тромботичних ускладнень у хворих з антифосфоліпідним синдромом відомі. До них відноситься виявлення збільшення агрегації тромбоцитів, тромбоцитопенії, активації протеїну С і S, підвищення активності бета-2-глікопротеїну 1 [див. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - М, 2001. - Т.2. - С.103]. Перераховані способи дають загальне уявлення про можливі патогенетичні механізми виникнення тромботичних ускладнень. Однак їх дослідження швидше свідчить про загальний тромботичний фон, а провести прогнозування можливого ризику тромботичних ускладнень не дозволяє.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб, який би дозволив діагностувати активізацію процесу тромбоутворення.

Така задача забезпечується тим, що в сироватці крові визначають розчинні молекули адгезії та L-селектину і при рівні SVCAM-1>1800 нмоль/мл та L-селектину>3000 нг/мл діагностують ризик тромботичних ускладнень.

Застосування способу. При поступленні хворо-

го з підозрою на АФЛС крім встановлення спонтанних абортів, транзиторних ішемічних атак (ТІА), інсультів, сітчастого ліведа, рівнів ліпідів, холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), антитіл до бета-2-глікопротеїну 1, рівня фібриногену, протеїну С в сироватці крові визначають розчинні молекули адгезії SVCAM-1 та L-селектину імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фірми "Diacclone" Франція, і при рівнях SVCAM-1>1800 нмоль/мл та L-селектину>3000 нг/мл прогнозують ризик тромботичних ускладнень.

Конкретний приклад застосування способу

Хвора Н., 40 років, поступила в клініку з діагнозом первинного АФЛС з наявністю спонтанних абортів, сітчастого ліведа, транзиторних ішемічних атак. Визначення рівнів ліпідів та холестерину (ЗХС - 5,1 ммоль/л, ХСЛПНЩ - 2,8 ммоль/лСЧВ, ТГ - 2,04 ммоль/л, ХСЛПВЩ - 1,2 ммоль/л) показало їх майже нормальні рівні. Антитіла до бета-2-глікопротеїну 1 класів IgG, IgM, IgA були підвищені (27, 29, 30 u/ml), рівні фібриногену та протеїну С - також підвищені. В сироватці крові проведено визначення розчинних молекул адгезії та L-селектину імуноферментним методом. Їх рівні були відповідно SVCAM-1 - 1940 нмоль/мл та L-селектину - 3300 нг/мл, що свідчить про загрозу

(13) U

(11) 55384

(19) UA

виникнення тромботичних ускладнень. Призначено фраксипарин та сулодексид. Через 10 днів рівні SVCAM-1 та L-селектину значно зменшились від-

повідно до 1005 нмоль/мл та 1050 нг/мл. Загроза тромбозу пройшла.