



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **57003** (13) **U**
(51) МПК
G01N 33/50 (2011.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

1

2

(21) u201006875

(22) 03.06.2010

(24) 10.02.2011

(46) 10.02.2011, Бюл. № 3, 2011 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-

ЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ.
М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб діагностики антифосфоліпідного синд-
рому, який включає виявлення спонтанних абортів,
рівня білка в сечі, ТІА, сітчастого ліведо, рівнів
ліпідів, ХСЛПНЩ, ХСЛПВЩ, тригліцеридів, антитіл
до бета-2-глікопротеїну 1, який **відрізняється** тим,
що при рецидивуючій протеїнурії більше 0,5 г/добу
діагностують вторинний АФЛС.

Спосіб діагностики антифосфоліпідного синдрому (АФЛС) відноситься до медицини, зокрема до ревматології. Він призначений і може бути використаний при обстеженні хворих.

Способи діагностики АФЛС відомі. До них відносяться виявлення венозних і артеріальних тромбозів, рецидивуючих спонтанних абортів, сітчастого ліведо, уражень серця, нирок, печінки, легень, шкіри, акушерської патології, лабораторних даних (ШОЕ, тромбоцитопенія, визначення антитіл до кардіоліпіну, вовчакового антикоагулянта). Див. О कोरोков А.Н. Діагностика болезней внутренних органов. М, 2001. - Т. 2. - с. 101-107. Однак перераховані способи не дозволяють відрізнити первинний АФЛС від вторинного.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб діагностики, який допоміг би диференціювати первинний АФЛС від вторинного.

Така задача забезпечується тим, що при виявленні рецидивуючої протеїнурії більше 0,5 г/добу діагностують вторинний АФЛС.

Застосування способу. При поступленні хворого крім встановлення спонтанних абортів, транзиторних ішемічних атак (ТІА), інсультів, сітчастого ліведо, рівнів ліпідів, холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), антитіл до бета-2-глікопротеїну 1, визначають рівень білка в сечі і при виявленні рецидивуючої протеїнурії більше 0,5 г/добу діагностують вторинний АФЛС.

Конкретний приклад застосування способу

Хвора Ц., 29 років, поступила в клініку з діагнозом первинного АФЛС з наявністю спонтанних викиднів, сітчастого ліведо, транзиторних ішемічних атак. Біохімічні дослідження: ЗХС - 6,6 ммоль/л, ХСЛПНЩ - 3,5 ммоль/л, ХСЛПВЩ - 1,5 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, антитіла до бета-2-глікопротеїну 1 класів IgG, IgM, IgA відповідно 27, 29, 26 u/ml, сліди білка в сечі. Результати цих досліджень характерні як для первинного, так і вторинного АФЛС. Проведено визначення білка в добовій кількості сечі, на протязі трьох діб. Рівень протеїнурії склав відповідно 0,7; 0,6; 0,8 г/добу, що свідчило про ураження нирок - люпус нефрит і відповідно вторинний АФЛС. Призначено патогенетичне лікування основного захворювання - системного червоного вовчака з вторинним АФЛС. Через три тижні явища гломерулонефриту регресували, добова протеїнурія стала менше 0,5 г/добу - 0,1 г/добу. Таким чином, урахування при діагностиці рівня добової протеїнурії більше 0,5 г/добу дозволило встановити вірний діагноз і призначити відповідне лікування.

(19) **UA** (11) **57003** (13) **U**

