



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69457** (13) **U**
(51) МПК
G01N 33/53 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2011 13203	(72) Винахідник(и): Коваленко Володимир Миколайович (UA), Несукай Олена Геннадіївна (UA), Гавриленко Тетяна Іллівна (UA), Чернюк Сергій Володимирович (UA), Якушко Людмила Василівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 09.11.2011	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2012, Бюл.№ 8	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР "ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ ІМЕНІ АКАДЕМІКА М.Д. СТРАЖЕСКА" НАМН УКРАЇНИ, вул. Народного ополчення, 5, м. Київ, 03151, Україна (UA)

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ДИФУЗНОГО МІОКАРДИТУ ТА ДИЛАТАЦІЙНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

(57) Реферат:

Спосіб диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії включає дослідження сироватки крові хворого. Визначають величину середнього титру антитіл до міокарду в реакції споживання комплементу за інтенсивністю забарвлення солянокислого гематину.

UA 69457 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до способів лабораторної діагностики в кардіології, і може бути використана для диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії.

Незважаючи на достатню кількість лабораторних тестів в оцінці імунізопального процесу, нині актуальною проблемою залишається диференційна діагностика хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії, клінічна картина яких схожа.

Відомий спосіб диференційної діагностики міокардиту і міокардитичного кардіосклерозу шляхом визначення активності лужної фосфатази в нейтрофілах (Гуревич М.А., Острун Ю.З., Янковская М.О., Мороз Л.А. и др. Сравнительная диагностическая ценность некоторых лабораторных тестов при инфекционно-аллергическом миокардите. - Кардиология, 1983, №10, С.24-28). Активність лужної фосфатази визначається методом азосполуки і оцінюється напівкількісним методом по індексу Karlow. Для реалізації цього способу досліджують 5 мл сироватки крові.

Проте відомий спосіб є малоінформативним як для діагностики хронічного дифузного міокардиту, так і для дилатаційної кардіоміопатії, що робить його недоцільним для широкого клінічного використання, особливо в діагностично складних випадках.

Відомий спосіб діагностики гострого міокардиту (RU 2245554, МПК G01N33/573, дата публікації 27.01.2005) шляхом визначення в сироватці крові хворого концентрації ферментів: креатинкінази – МВ (КК-МВ), загальної креатинкінази (загальна КК), загальної лактатдегідрогенази (ЛДГ загальна), рівень α -гідроксибутират-дегідрогенази (α -ГДБГ), розраховують коефіцієнти кардіоспецифічних ферментів ($K_{\text{кcf-1}}$, $K_{\text{кcf-2}}$, $K_{\text{кcf-3}}$) за формулами:

$$K_{\text{кcf-1}} = (\text{ЛДГ загальна} - \text{КК-МВ}) / (\text{ЛДГ загальна} + \text{КК-МВ});$$

$$K_{\text{кcf-2}} = (\text{ЛДГ загальна} - \alpha\text{-ГДБГ}) / (\text{ЛДГ загальна} + \alpha\text{-ГДБГ});$$

$$K_{\text{кcf-3}} = (\text{КК загальна} - \text{КК-МВ}) / (\text{КК загальна} + \text{КК-МВ}),$$

та при $K_{\text{кcf-1}}=0,9$ і менше, $K_{\text{кcf-2}}=0,61$ і менше і $K_{\text{кcf-3}}=0,5$ і менше - діагностують гострий міокардит.

Проте відомий спосіб є малоінформативним, як для діагностики хронічного дифузного міокардиту, так і дилатаційної кардіоміопатії, багатостадійним та складним в використанні, що ускладнює його клінічне використання, особливо в діагностично складних випадках.

Задачею корисної моделі є створення способу диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії, в якому шляхом визначення в сироватці крові нових показників та винайденого емпіричним шляхом значення граничних показників забезпечується спрощення здійснення диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії.

Для вирішення цієї задачі спосіб передбачає дослідження сироватки крові хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що визначають величину середнього титру антитіл до міокарду в реакції споживання комплементу за інтенсивністю забарвлення солянокислого гематину - у випадку, коли величина середнього титру антитіл до міокарду складає 0 або 10 умовних одиниць (ум. од), судять про наявність дилатаційної кардіоміопатії, а коли величина середнього титру антитіл до міокарду складає 20,0 або більше (ум. од.), судять про наявність хронічного дифузного міокардиту.

Застосування нового способу диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії підвищує інформативність діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії, зменшує кількість стадій дослідження що спрощує його клінічне використання, особливо в діагностично складних випадках.

Спосіб ілюструється прикладами його застосування.

В наведених нижче прикладах застосовувалися реагенти - антиген, сироватка хворого, еритроцити барана, фізіологічний розчин, гемолітична сироватка, солянокислий гематин. Величину середнього титру антитіл до міокарду визначали за стандартною методикою в реакції споживання комплементу за інтенсивністю забарвлення солянокислого гематину.

Приклад 1.

Хворий Д., 41р. Хворого обстежено на рівень величини середнього титру антитіл до міокарду, яка склала 10,0 ум. од. Зроблено висновок, що у хворого Дилатаційна кардіоміопатія. Висновок підтвердився після тривалого спостереження за хворим і повторних клінічних обстежень через 6 місяців та 1 рік, оскільки не було відмічення регресу клінічної симптоматики та зменшення порожнин серця. Окрім того, у пацієнта відмічений зв'язок захворювання із спадковістю, що характерно для дилатаційної кардіоміопатії.

Приклад 2.

Хворий А., 53р. Хворого обстежено на рівень величини середнього титру антитіл до міокарду, яка склала 0 ум. од. Зроблено висновок, що у хворого Дилатаційна кардіоміопатія.

Висновок підтвердився після проведення дообстеження і спостереження за хворим протягом тривалого часу - виявлялася негативна динаміка захворювання, збільшення порожнини лівого шлуночка, наростання клінічних проявів серцевої недостатності. Хворому рекомендована трансплантація серця.

5 Приклад 3.

Хворий П., 49р. Хворого обстежено на рівень величини середнього титру антитіл до міокарду, яка склала 20,0 ум. од. Зроблено висновок, що у хворого Хронічний дифузний міокардит. Висновок підтвердився після повторних обстежень і виявлення позитивної динаміки - одужання через 1,5 року.

10 Приклад 4.

Хворий С., 36р. Хворого обстежено на рівень величини середнього титру антитіл до міокарду, яка склала 30,0 ум. од. Здійснено висновок, що у хворого Хронічний дифузний міокардит. Висновок підтвердився після проведення дообстеження - електрокардіографії, ехокардіографії, рентгенографії органів грудної порожнини, коронароангіографії, імунологічного дослідження і тривалого спостереження в динаміці.

15

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

20 Спосіб диференційної діагностики хронічного дифузного міокардиту та дилатаційної кардіоміопатії, що включає дослідження сироватки крові хворого, який **відрізняється** тим, що визначають величину середнього титру антитіл до міокарду в реакції споживання комплексу за інтенсивністю забарвлення солянокислого гематину, у випадку, коли величина середнього титру антитіл до міокарду складає 0 або 10 умовних одиниць (ум. од.), судять про наявність дилатаційної кардіоміопатії, а коли величина середнього титру антитіл до міокарду складає 20,0 або більше (ум. од.), судять про наявність хронічного дифузного міокардиту.

25

Комп'ютерна верстка Н. Лисенко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601