



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 145825

(13) U

(51) МПК

G01N 33/50 (2006.01)

A61B 5/0476 (2006.01)

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
"УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ"

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2020 04369</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>13.07.2020</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права інтелектуальної власності: <b>07.01.2021</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про державну реєстрацію: <b>06.01.2021, Бюл.№ 1</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Безсмертний Юрій Олексійович (UA), Джіанг Янкай (UA)</b></p> <p>(73) Володілець (володільці): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
--	--

**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РОЗВИТКУ ПІСЛЯАМПУТАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб діагностики розвитку післяампутаційного больового синдрому включає проведення електроенцефалографії. Додатково в сироватці крові хворого визначають вміст хрящового олігомерного матричного протеїну (COMP) та С-реактивного протеїну (СРП). При рівнях COMP >595 нг/мл, СРП >6 мг/л діагностують розвиток больового синдрому.

UA 145825 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії та ортопедії. Вона призначена і може бути використана при лікуванні хворих.

5 Способи діагностики розвитку больового синдрому відомі. До них належать електроенцефалографія з визначенням "феноменів болю": бета-ритму низької частоти, гамма-ритму, зниження амплітуди потенціалів, підвищення пароксизмальної реактивності головного мозку на зовнішні подразники (В.И. Шевчук. Лечение некоторых болезней культей конечностей магнитным полем. Автореферат дис. канд. мед. наук. М., 1978. - С. 7-11).

Однак відомий спосіб є недостатньо ефективним і не дозволяє діагностувати місцевий больовий синдром, обумовлений розвитком процесів ремоделювання кісткової тканини кукси.

10 В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб, який би дозволив прогнозувати розвиток місцевого больового синдрому в ранні терміни.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі діагностики розвитку післяампутаційного больового синдрому, що включає проведення електроенцефалографії, згідно з корисною моделлю, додатково в сироватці крові хворого визначають вміст хрящового олігомерного матричного протеїну (СОМР) та С-реактивного протеїну (СРП) і при рівнях СОМР >595 нг/мл, СРП >6 мг/л діагностують розвиток больового синдрому.

Спосіб здійснюють наступним чином.

20 При госпіталізації хворого оглядають, проводять електроенцефалографію. В сироватці крові імуноферментним методом визначають вміст СОМР та СРП. При рівнях СОМР >595 нг/мл, СРП >6 мг/л діагностують розвиток больового синдрому.

Конкретний приклад застосування способу.

25 Хворий К., 44 роки, госпіталізований в клініку з діагнозом місцевий больовий синдром кукси після ампутації гомілки. Оглянутий. Проведена електроенцефалографія. Больові феномени відсутні. В сироватці крові імуноферментним методом визначено вміст СОМР і СРП. Рівні СОМР - 680 нг/мл, СРП - 19 мг/л. Діагностовано розвиток больового синдрому. Через 4,5 місяці на електроенцефалограмі з'явилися "феномени болю": бета-ритм низької частоти, гамма-ритм, зниження амплітуди потенціалів.

30 Таким чином, запропонований спосіб діагностики розвитку післяампутаційного больового синдрому є інформативним.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

35 Спосіб діагностики розвитку післяампутаційного больового синдрому, що включає проведення електроенцефалографії, який **відрізняється** тим, що додатково в сироватці крові хворого визначають вміст хрящового олігомерного матричного протеїну (СОМР) та С-реактивного протеїну (СРП) і при рівнях СОМР >595 нг/мл, СРП >6 мг/л діагностують розвиток больового синдрому.