

 DAC-SPECTROMED S.R.L. МД-2012, Молдова, г. Кишинев, ул. Армянская, 47, кв. 64 Тел.: +37322/ 574900, 574922/23; факс: +37322/ 574920 Email: office@dacspectromed.com www.dacspectromed.com	<h2>Sulfo - DAC</h2>	PT MD 11-15796482-001:2003 Только для диагностики «in vitro» Хранить при 15-25°C
КОД 3081S200 200 мл Reagent + 5 ml Standard КОД 3081S5 5 ml Standard		
ОБЩИЙ БЕЛОК В МОЧЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИЙ СУЛЬФОСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА		

ПРИНЦИП МЕТОДА

При взаимодействии сульфосалициловой кислоты с белком происходит коагуляция последнего, вызывая помутнение раствора, интенсивность которого измеряется фотометрически при длине волны 620(±20) nm.

СОСТАВ НАБОРА

Reagent	6,0 g	при растворении
Сульфосалициловая кислота	200 g/l или 30 g/l	
Standard	0,100 g	при растворении
Альбумин	10 g/l	

ХРАНИЕНИЕ И СТАБИЛЬНОСТЬ РЕАГЕНТОВ

Реагенты при 15-25°C в темноте стабильны до срока, указанного на этикетке.

Рабочий Реагент при 15-25°C в темноте стабилен 2 месяца.

Рабочий Стандарт при минус 10-20°C стабилен 1 год.

ОБРАЗЦЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Моча либо другая биологическая жидкость.

Образцы перед использованием следует отфильтровать, а со щелочной реакцией – подкислить 2-3 каплями 10% уксусной кислоты.

РЕФЕРЕНТНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ

Моча: 150 – 250 mg/24 h.

Приведенные нормальные величины ориентировочны. Рекомендуется в каждой лаборатории установить собственные нормальные величины.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И РЕАГЕНТЫ

Анализатор, спектрофотометр или фотометр с фильтром 620(±20) nm. Физраствор 9 g/l.

Дозатор от 50 до 1000 µl. Дозаторы от 2,0 до 10,0 ml.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Набор предназначен только для диагностики **in vitro**.

Образцы должны рассматриваться как потенциально опасные и обрабатываться как инфекционные.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАБОЧИХ РЕАГЕНТОВ

Рабочий Реагент для качественной реакции: содержимое флакона **Reagent** растворить в 30 ml дистиллированной воды.

Рабочий Реагент для количественной реакции: содержимое флакона **Reagent** растворить в 200 ml дистиллированной воды.

Рабочий Стандарт: содержимое флакона **Standard** растворить в 10 ml физраствора 9 g/l и приготовить разведения для построения калибровочного графика в соответствии с таблицей:

№ п/п	Рабочий Стандарт, ml	Физраствор 9 g/l, ml	Концентрация белка, g/l
1	0,05	9,95	0,05
2	0,10	9,90	0,10
3	0,20	9,80	0,20
4	0,50	9,50	0,50
5	1,00	9,00	1,00

ПРОЦЕДУРА ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Метод:	конечная точка
Длина волны:	620(±20) nm
Температура:	15-25°C
Бланк:	по реагенту

Качественная реакция:

1. Внесите в маркированные пробирки:

	Бланк	Тест
Образец, Рабочий стандарт	3,0 ml	3,0 ml
Рабочий Реагент	-	0,30 ml
Физраствор 9 g/l	0,30 ml	-

2. Перемешайте и инкубируйте 5 min при комнатной температуре 15-25°C.

3. Сравните на темном фоне **Бланк** с **Тестом**. Помутнение в **Тесте** указывает на наличие белка в пробе.

Количественная реакция:

1. Внесите в маркированные пробирки:

	Бланк	Тест
Рабочий Реагент	2,0 ml	2,0 ml
Образец, Рабочий стандарт	-	0,700 ml
Физраствор 9 g/l	0,700 ml	-

2. Перемешайте и инкубируйте 5 min при комнатной температуре 15-25°C.

4. Учтите Абсорбцию **Теста** при длине волны 620(±20) nm против **Бланка**.

5. Посторойте калибровочный график зависимости Абсорбций **Рабочих стандартов** от концентрации белка в них.

6. Содержание белка в образцах определите по калибровочному графику.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

Для контроля хода реакции и процедуры измерения рекомендуется использовать **Контрольные образцы мочи с известными значениями белка, определенными данным методом**. Каждая лаборатория должна установить собственную внутреннюю систему контроля качества.

МЕТРОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

– Предел чувствительности: 0,05 g/l.

– Предел линейности: 1,00 g/l.

При более высоких показателях разведите образец физраствором в соотношении 1+1 и повторите измерение.

– Коэффициент вариации: от 0,05 до 1,0 g/l – не более 3 %.

– Интерференция:

Контрастные вещества с органическим йодом, сульфамидные препараты, большие дозы пенициллина, повышенное содержание мочевой кислоты дают ложноположительные результаты.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Повышенное содержание белка в моче (протеинурия) встречается при кровотечениях, повышенной проницаемости базальной мембраны, дефектах канальцевой реабсорбции, повышенной концентрации в плазме или при наличии патологических низкомолекулярных белков (легкие цепи иммуноглобулинов) и патологической секреции белка в мочевыводящих путях^{2,3}.

Протеинурия встречается практически при всех заболеваниях, сопровождающихся нарушением абсорбции в почечных канальцах, таких как нефротический синдром, гломерулонефрит, инфаркт почек, злокачественные новообразования почек, диабетическая нефропатия, синдром Фанкони, отравление тяжелыми металлами, саркоидоз, серповидноклеточная патология. Протеинурия сопровождает злокачественные и воспалительные заболевания мочевых путей, дегенеративные состояния и раздражение нижних отделов мочевых путей.

Множественная миелома, моноклональные гаммопатии и другие миелопролиферативные и лимфолиферативные расстройства также могут вызывать протеинурию.

Протеинурия может появляться после физического напряжения, (уровень протеинурии зависит от типа нагрузки и составляет 22 - 340 мг/сут).

Клинический диагноз должен устанавливаться в результате интеграции лабораторных и клинических данных.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Аналитическая чувствительность улучшается при увеличении объема образца в 2 раза, при этом пропорционально снижается линейность.
2. Ложноотрицательные результаты могут быть получены при исследовании высоко забуференной щелочной мочи. При этом в исследовании с помощью диагностических тест-полосок при тех же условиях могут быть получены ложно-положительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник. Под редакцией В.В. Меньшикова.- М, Медицина, 1987.
2. Watanabe N et al Urinary Protein as measured with pyrogallol red molybdate complex, manually and in a Hitachi 726 automated analyzer. Clin chem. 1989; 32: 1551-1554.
3. Friedman and Young. Effects of disease on clinical laboratory tests, 3th ed. AACC Press, 1997.