

**ДО УВАГИ РОЗРОБНИКІВ ПОВІДОМЛЕНЬ ПРО НАУКОВУ  
(НАУКОВО-ТЕХНІЧНУ) ПРОДУКЦІЮ ТА ФАХІВЦІВ, ЩО  
ВПРОВАДЖУЮТЬ НАУКОВІ РОЗРОБКИ У СФЕРУ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, (далі – Перелік) випуск № 5 є щорічною інформаційною збіркою, у якій містяться повідомлення про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності (далі – наукове повідомлення) підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України, що здійснюють наукову, науково-технічну та науково-організаційну діяльність відповідно до пріоритетів сфери охорони здоров'я України (далі – розробник), призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я.

Перелік сформовано у відповідності до вимог спільного Наказу МОЗ України та НАМН України від 13.11.2013 р. № 969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 р. за № 2068/24600.

У Перелік включена наукова (науково-технічна) продукція, отримана за результатами наукових досліджень 2017-2018 рр.

На інформацію, що міститься у Переліку, розповсюджуються вимоги законодавства України щодо захисту об'єктів права інтелектуальної власності.

---

Сформовано та підготовлено до друку Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

1. **Назва наукової (науково-технічної) продукції\*\*.** СПОСІБ МІСЦЕВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПЕРЕКЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ.
2. **Назва науково-дослідної роботи, за результатом якої отримана наукова (науково-технічна) продукція.** НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. **Лікарська (провізорська) спеціальність.** Акушерство та гінекологія.
4. **Оцінка наукової (науково-технічної) розробки за Шкалою градації доказів і сили рекомендацій.** 2+,С.
5. **Наявність охоронних документів, що засвідчують пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель).** Патент України на корисну модель № 129363. МПК А61В 17/42 (2006.01). Спосіб місцевої регуляції порушень менструального циклу у жінок репродуктивного та переклімактеричного періоду / Гошовська А.В.; Гошовський В.М.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – .№ u201805199; заявл. 11.05.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. **Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності).** Немає.
7. **Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції.** Запропонований спосіб дозволяє ефективно уникнути ряд побічних ефектів завдяки місцевій регуляції гормонів, які безпосередньо діють на органи малого тазу уникаючи шлунково-кишковий тракт. Жодного разу нами не були відмічені такі ускладнення як: порушення функції печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, враження шкіри та підшкірно клітковини (жовтяниця, свербіж пов'язаний з холестаазом), порушення мінеральної щільності кісткової тканини.
8. **Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок впровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами (медичні, соціальні, економічні).** Згідно з даними порівняльного клінічного дослідження жінок, які використовували препарат Нова-Ринг (І група) та жінок, які застосовували комбіновані оральні контрацептив (КОК) (ІІ група) встановлено, що частота випадків проривних маткових кровотеч (мено-метрорагії, олігоменореї) у жінок першої групи була на 13,4-16,8% меншою у порівнянні з жінками ІІ групи. Затримка рідини в організмі особливо у ІІ фазу менструального циклу: збільшення ваги тіла, нагрубання молочних залоз зменшилась на 39,3%, тромбоемболічні венозні ускладнення зменшились на 21,7%, зміни з боку центральної нервової системи, психічні розлади, головний біль, підвищення артеріального тиску зменшились на 41,5% у порівнянні з жінками ІІ групи. Слід зазначити, що всі жінки І групи відмічали зручність у використанні препарату Нова-Ринг на відміну жінок, які вживали контрацептивні препарати щодобово в погодинному режимі. Медична ефективність: запропонований спосіб дозволяє ефективно профілакувати рецидиви і лікувати маткові кровотечі на місцевому рівні пов'язані з гіпрепластичними процесами та поліпами ендометрія у жінок репродуктивного віку та

\* До «Наукових повідомлень» відноситься вся інформація, що міститься у Переліку та має присвоєний реєстраційний номер.

\*\* Назви пунктів наукового повідомлення, що виділені жирним шрифтом, далі не повторюються.

преклімактеричного періоду найбільш широке застосування знайшли гестагени. Соціальна ефективність: покращання методу місцевої регуляції менструального циклу у жінок репродуктивного та преклімактеричного періоду шляхом застосування вагінального кільця, який містить необхідну концентрацію гормонів (11,7 мг етоногестрелу та 2,7 мг етінілестадіолу) для регуляції менструального циклу і вирівнювання дисбалансу яєчникових гормонів у жінок даної вікової категорії. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на уникнення ряду побічних ефектів завдяки місцевій регуляції гормонів, які безпосередньо діють на органи малого тазу уникаючи порушення функції печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, враження шкіри та підшкірно клітковини (жовтяниця, свербіж пов'язаний з холестаазом), порушення мінеральної щільності кісткової тканини.

9. **Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції.** Використання вагінального кільця Нова-Рінг, який вводить сама жінка на 5 день менструального циклу вибираючи зручну позу. З моменту введення в піхву препарату Нова-Рінг кільце має залишитись у піхві постійно протягом 3 тижнів.
10. **Показання до застосування.** Жінки з проявами венозного тромбоемболізму, цереброваскулярними захворюваннями, фокальними неврологічними симптомами, цукровим діабетом, панкреатитом, тяжкими захворюваннями печінки в т.ч. пухлини печінки, вагінальними кровотечами невідомої етіології.
11. **Протипоказання до застосування.** Жінки в репродуктивному та преклімактеричному періоді з проявами маткових кровотеч (мено-метрорагії, олігоменореї) на фоні дисгормональних порушень в яєчниках (гіперестрогенія, гіпопрогестеронемія).
12. **Перелік можливих ускладнень або помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції, шляхи їх запобігання та усунення.** Якщо кільце випадково видаляється з піхви ефективність та дія даного препарату не знижується до 3 годин. В такому випадку кільце необхідно промити теплою водою і ввести кільце знову як найшвидше, але не пізніше ніж через 3 години.
13. **Повне найменування установи (підприємства, організації) розробника.** Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. **Повне найменування установи (підприємства, організації) співрозробників.** Немає.
15. **Прізвища та ініціали авторів, номер телефону.** Гошовська А.В. (0508444205), Гошовський В.М. (0505625922).

#### Реєстр. № 2/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Жінкам групи ризику із невиношування вагітності на етапі підготовки до вагітності проводилась комплексна терапія із використанням діосміну 600 мг (1 таблетка) на

- добу натще серце, токоферолу ацетат по 1 капсулі (200 мг) на добу і дипиридамолу по 25 мг (1 таблетка) тричі на добу. Тривалість лікування в середньому становила від двох до трьох місяців і визначалася динамікою ехографічних змін в артеріях жовтого тіла, ендометрію в період «вікна імплантації» та інтенсивністю кровообігу в маткових артеріях.
8. Медична ефективність: прегравідарна підготовка із використанням діосміну, в комплексі із антиоксидантними (токоферола ацетат) та дезагрегантними (дипиридамолом) лікарськими засобами, що покращують мікроциркуляцію і сприяють відновленню маткової перфузії та секреторній трансформації ендометрію, посилюють кровопостачання жовтого тіла, що безумовно покращує прогноз щодо настання вагітності та подальшого її перебігу. Соціальна ефективність: використання запропонованого способу профілактики невиношування вагітності забезпечило настання і пролонгування вагітності у 97% обстежених жінок. Економічна ефективність: зменшення фінансових витрат на лікування загрози невиношування та/або передчасних пологів, а також несприятливих перинатальних наслідків завдяки гемодинамічним ефектам діосміну, антиоксидантним властивостям токоферолу ацетат та дезагрегантній дії дипиридамолу.
  9. Лікарські засоби діосмін у дозі 600 мг (1 таблетка) на добу натще серце, токоферолу ацетат по 1 капсулі (200 мг) на добу і дипиридамолом по 25 мг (1 таблетка) тричі на добу призначають упродовж трьох місяців на етапі прегравідарної підготовки.
  10. Порушення маткової перфузії у жінок із невиношуванням вагітності в анамнезі.
  11. Немає.
  12. Побічних ефектів не спостерігалось.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2, тел. (0372) 55-17-39.
  14. Немає.
  15. Юр'єва Л.М. (0505205217).

### **Реєстр. № 3/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВАГІНАЛЬНОЇ АТРОФІЇ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128876. МПК (2018.01) А61К 31/00, А61К 35/747 (2015.01), А61К 31/7016 (2006.01), А61Р 15/00. Спосіб лікування вагінальної атрофії у жінок в постменопаузі / Юр'єва Л.М.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201804258; заявл. 18.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № .
6. Не подавалась.
7. Пацієнткам із діагностованою вагінальною атрофією призначають препарат гінофлор у вигляді таблеток, які вводять внутрішньопіхвово по одній таблетці 1 раз на день протягом 12 днів, далі підтримуючу дозу – одна вагінальна таблетка 1-2 рази на тиждень, загальна тривалість лікування 12 тижнів.
8. Медична ефективність: Місцева терапія естрогенами вагінальної атрофії має ряд переваг у порівнянні з системним введенням препаратів. Вона уникає метаболізму в печінці, мінімально впливає на ендометрій, має низьке гормональне навантаження, мінімальні побічні ефекти, не потребує додавання прогестагенів і має в основному

локальний ефект. Місцевому використанню естрогенів надають перевагу, якщо вагінальна атрофія не поєднується із вегето-судинними симптомами клімактерію, а також при наявності протипоказань до системної менопаузальної гормональної терапії, а також при первинному зверненні з приводу постменопаузальних і урогенітальних розладів у віці 65 років і старше, яка дає змогу уникнути більшості системних побічних ефектів. Саме цим критеріям сьогодні відповідає комбінований препарат – вагінальні таблетки гінофлор, кожна з яких містить ультранизьку дозу естріолу 0,03 мг в поєднанні з лактобактеріями *Lactobacillus acidophilus* 50 мг, щонайменше 100 млн. життєздатних бактерій, та лактозу 600 мг. Терапія естріолом сприяє відновленню піхвового епітелію і основних елементів сполучної тканини – колагену і еластину, нормалізації рН середовища і піхвової мікрофлори. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я жінок постменопаузального віку за рахунок зниження інтенсивності урогенітальних розладів. Економічна ефективність: зменшення фінансових витрат на лікування урогенітальних розладів на тлі дефіциту естрогенів в постменопаузі.

9. Лікарський комбінований засіб гінофлор (вагінальні таблетки) призначають внутрішньопіхвово по одній таблетці 1 раз на день протягом 12 днів, далі підтримуючу дозу – одна вагінальна таблетка 1-2 рази на тиждень, загальна тривалість лікування 12 тижнів.
10. Вагінальна атрофія в постменопаузі.
11. Немає.
12. Побічних ефектів не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Юр'єва Л.М. (0505205217).

#### Реєстр. № 4/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. З метою профілактики прееклампсії та попередження гемодинамічних розладів в системі матково-плацентарного кровоплину призначено ангіопротекторний та венотонічний препарат діосмін у дозі 600 мг на добу (1 таблетка) натще серце, в терміни з 12-18 тиж., 22-26 тиж. та 30-34 тижнів вагітності. Ефективність профілактики оцінювали за клінічними даними, а також гемодинамічними змінами кровоплину в маткових артеріях.
8. Медична ефективність: використання ангіопротектора діосміну у вагітних групи ризику розвитку прееклампсії обумовлений позитивним гемодинамічним ефектом діосміну в матково-плацентарно-плодовому комплексі. Ангіопротекторний засіб діосмін відноситься до лікарських препаратів, які впливають на судинний компонент. Використання діосміну дає змогу зменшити венозний застій, поліпшити лімфатичний дренаж і мікроциркуляцію за рахунок підвищення резистентності капілярів, зменшення їх проникності, зменшення адгезії лейкоцитів у венозній стінці і їх міграції в паравенозні тканини. Діосмін покращує дифузію і перфузію кисню,

блокує вироблення вільних радикалів, синтез простагландинів і тромбоксану, покращує функцію вен матки, малого тазу, що може бути широко використано в акушерській практиці. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення, за рахунок зменшення в 2,9 разів таких ускладнень вагітності як пре еклампсія. Економічна ефективність: зменшення фінансових витрат на лікування прееклампсії та важкої прееклампсії, а також її ускладнень завдяки гемодинамічним ефектам діосміну.

9. Лікарський засіб діосмін призначали у дозі 600 мг на добу (1 таблетка) натще серце, в терміни 12-18 тиж., 22-26 тиж. та 30-34 тижнів вагітності.
10. Вагітні групи ризику розвитку прееклампсії: жінки з прееклампсією при попередніх вагітностях, із хронічною гіпертензією, цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок, багатоплідною вагітністю, аутоімунними захворюваннями, підвищеним індексом маси тіла тощо.
11. Немає.
12. Побічних ефектів не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Юр'єва Л.М. (0505205217).

#### Реєстр. № 5/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ПРОМЕЖИНІ З ПРИВОДУ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛЕЙ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0111U006494, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124421. МПК (2018.01) А61L 17/00. Спосібпрофілактикиускладнень у жінок після операцій на промежині з приводу пролапсу геніталей / Бирчак І.В., заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201710209; заявл. 23.10.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Жінкам, яким виконувались реконструктивно-пластичні операції з приводу генітального пролапсу призначають препарат «Гінодек» інтравагінально загальним курсом лікування 10 днів.
8. Профілактика ускладнень у жінок після операцій на промежині з приводу пролапсу геніталей, зменшення тривалості больового синдрому та набряку промежини. Медична ефективність: попередження ускладнень після операцій на промежині з приводу пролапсу геніталей, скорочення тривалості больового синдрому та кров'янистих виділень зі статевих шляхів. Соціальна ефективність: покращення перебігу післяопераційного періоду, за рахунок посилення репаративних процесів у слизовій оболонці піхви, нормалізації її екосистеми та реакції піхвового вмісту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат у післяопераційному періоді жінок, прооперованих з приводу пролапсу геніталей, шляхом застосування трьохкомпонентної системи - декаметоксин, гіалуронова кислота та лактатний буфер, які містяться в препараті «Гінодек», що сприяє скороченню перебування хворих в стаціонарі.
9. Лікарський засіб «Гінодек» загальним курсом 10 днів.

10. Стан після операцій на промежині з приводу пролапсу геніталей.
11. Немає.
12. Не було відмічено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Бирчак І.В. (0506037171), Волянська А.Г. (0677013214).

#### Реєстр. № 6/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ТРАВМИ ПРОМЕЖИНИ В ПОЛОГАХ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0111U006494, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124423. МПК (2018.01) А61L 17/00. Спосіб профілактики септичних ускладнень після травми промежини в пологах / Бирчак І.В., заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201710209; заявл. 23.10.2017 опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Жінкам після ушивання промежини з приводу травмування під час пологів призначають препарат «Гінодек» інтравагінально загальним курсом лікування 10 днів.
8. Профілактика септичних ускладнень після травми промежини в пологах, зменшення тривалості больового синдрому та набряку промежини. Медична ефективність: попередження септичних ускладнень після зашивання рани промежини, що мінімізує ризикранніх та віддалених негативних наслідків. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я жінок у післяпологовому періоді за рахунок посилення репаративних процесів у слизовій оболонці, відновлення біоценозу та нормальної реакції піхвового вмісту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування наслідків травми в пологах шляхом застосування трьохкомпонентної системи – декаметоксин, гіалуронова кислота та лактатний буфер, які містяться в препараті «Гінодек».
9. Лікарський засіб «Гінодек» загальним курсом 10 днів.
10. Травма промежини в пологах.
11. Немає.
12. Не було відмічено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Бирчак І.В. (0506037171).

#### Реєстр. № 7/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ГІНЕКОЛОГІЇ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і

- матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0111U006494, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
  4. 2+,С.
  5. Патент України на корисну модель № 124425. МПК (2018.01) А61В 17/42 (2006.01). Спосіб профілактики тромбоемболічних ускладнень після оперативних втручань в гінекології / Бирчак І.В., заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201710234; заявл. 23.10.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
  6. Немає.
  7. Жінкам перименопаузального віку специфічна профілактика тромбоемболічних ускладнень полягала у призначенні Клексану (20 мг 1 раз на добу підшкірно) за 12 годин до операції та наступні 3 ін'єкції через кожні 24 години після операції з подальшим прийомом магнікору per os 75 мг протягом 30-ти діб.
  8. Профілактика тромбоемболічних ускладнень після оперативних втручань в гінекології. Медична ефективність: нормалізація тромбоцитарної ланки системи гемостазу, кількості та агрегаційної здібності тромбоцитів. Соціальна ефективність: своєчасна та ефективна профілактика тромбоемболічних ускладнень у жінок перименопаузального віку після оперативних втручань, що дозволяє мінімізувати ризик ранніх та віддалених наслідків. Економічна ефективність: покращення перебігу післяопераційного періоду, зниження лікарського навантаження таскорочення термінів перебування хворих в стаціонарі.
  9. Лікарський засіб «Клексан» (20 мг 1 раз на добу підшкірно) за 12 годин до операції та наступні 3 ін'єкції через кожні 24 години після операції. Лікарський засіб «Магнікор» перорально 75 мг протягом 30-ти діб після операції.
  10. Стан після оперативних втручань в гінекології.
  11. Немає.
  12. Не було відмічено.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Немає.
  15. Бирчак І.В. (0506037171).

#### Реєстр. № 8/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОЛІГІДРАМНІОНУ.**
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0111U006498, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121132. МПК (2017.01) А61К 36/00. Спосіб лікування полігідрамніону / Семеняк А.В., Юзько О.М., Андрієць О.А., Ніцович І.Р., заявник та патентовласник ВДНЗ України «БДМУ». – № u201706018; заявл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. За наявності патології амніотичної рідини – полігідрамніону вірусного генезу проводиться неспецифічна загально стимулююча, імунокорегуюча, протівірусна терапія флавоноїдними глікозидами у вигляді крапель протейфлазиду в дозі 12 крапель двічі на добу до зникнення симптомів, зазвичай впродовж 7-14 днів
8. Підвищення ефективності лікування полігідрамніону вірусного генезу. Медична ефективність: підвищення ефективності лікування полігідрамніону, попередження подальшого внутрішньоутробного інфікування плоду, зменшення кількості



ускладнень, пов'язаних із внутрішньоутробним інфікуванням плоду, зниження розвитку перинатальних ускладнень. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я вагітних і новонароджених за рахунок своєчасного якісного лікування полігідрамніону. Економічна ефективність: можливо застосування медикаментозних засобів амбулаторно, що призводить до зменшення тривалості перебування у стаціонарі.

9. Наявність флавоноїдних глікозидів у вигляді крапель протекфлазиду. Можливість проведення бактеріоскопічного, бактеріологічного, імунофлуоресцентного, імуноферментного досліджень.
10. Наявність полігідрамніону вірусного генезу або відсутність ефекту від лікування полігідрамніону антибактеріальними засобами.
11. Протипоказання у відповідності до інструкції та індивідуальна непереносимість препаратів флавоноїдних глікозидів, зокрема, розчину протекфлазиду.
12. Можливі ускладнення пов'язані з такими, які виникають при застосуванні препарату, що потребує відміни препарату та призначення симптоматичної терапії при виникненні побічних реакцій.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Чернівецька область, 58002, Україна, телефон (0372) 524078.
14. Немає.
15. Семеняк А.В. (0506120280), Юзько О.М. (0506752334), Андрієць О.А. (0505116333), Ніцович І.Р. (0505626459).

#### Реєстр. № 9/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ.**
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0111U006498, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121131. МПК (2017.01) А61К 36/31. Спосіб лікування хворих міомою матки з субмукозною локалізацією вузла / Ніцович І.Р., Юзько О.М., Андрієць О.А., Семеняк А.В., заявник та патентовласник ВДНЗ України «БДМУ». – № u201706017; заявл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. За наявності патології матки – субмукозного розташування міоматозного вузла розмірами до 1 см, інтрамурально та субсерозного вузлів до 2 см призначався КВІНОЛ (рослинний препарат екстракту рослин сімейства хрестоцвітних (капусти брокколи), активний компонент індол-3-карбінол по 1 капсулі 2 рази на день під час їжі протягом 6 місяців.
8. Підвищення ефективності лікування міоми матки, попередження росту вузлів, зменшення розмірів міоматозних вузлів. Медична ефективність: підвищення ефективності лікування міоми матки, зменшення розмірів міоматозних вузлів, зменшення кількості гістеректомій з приводу міоми матки, оскільки при лікуванні сповільнюється ріст міоматозних вузлів, у частини – регресивні зміни. Соціальна ефективність: покращання якості життя жінок із міомою матки, оскільки, зменшуються і зникають симптоми, можливе збереження репродуктивної функції. Економічна ефективність: можливо застосування тривалої негормональної терапії амбулаторно, що призводить до зменшення тривалості перебування у стаціонарі, відсутність потреби у гістеректомії значно заощаджує кошти.

9. Наявність рослинного препарату екстракту рослин сімейства хрестоцвітних (капусти брокколі), активний компонент індол -3- карбінол, у нашому випадку препарат КВІНОЛ.
10. Наявність субмукозного розташування міоматозного вузла розмірами до 1 см, інтрамурально та субсерозного вузлів до 2 см.
11. Протипокази у відповідності до інструкції та індивідуальна непереносимість препаратів екстракту рослин сімейства хрестоцвітних (капусти брокколі), активний компонент індол -3- карбінол, зокрема, КВІНОЛу.
12. Можливі ускладнення пов'язані з такими, які виникають при застосуванні препарату, що потребує відміни препарату та призначення симптоматичної терапії при виникненні побічних реакцій.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», 58002, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел.. (0372) 52-40-78.
14. Немає.
15. Семеняк А.В. (0506120280), Юзько О.М. (0506752334), Андрієць О.А. (0505116333), Ніцович І.Р. (0505626459).

### Реєстр. № 10/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ.**
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0111U006498, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121130. МПК (2017.01) А61К 31/57. Спосіб профілактики перенесеної вагітності при наявності гіпертензії та порушення мікроцинозу піхви / Семеняк А.В., Юзько О.М., Андрієць О.А., Ніцович І.Р., заявник та патентовласник ВДНЗ України «БДМУ». –№ u201706016; заявл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. За наявності вагітності у терміні 40-41 тиждень, ускладненою гіпертензією різного генезу та порушенням мікроцинозу піхви при недостатній зрілості шийки матки з метою підготовки до пологів призначають мефіпристон в дозі: перша доза 200 мг, через 12 годин повторно 200 мг, при неефективності повторно застосування через 12 годин 200 мг препарату.
8. Підвищення ефективності проведення пологів в термін у вагітних із підвищеним артеріальним тиском і порушенні мікроцинозу піхви. Медична ефективність: підвищення ефективності проведення нормальних пологів, зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із підвищенням артеріального тиску при підготовці шийки матки іншими сучасними засобами, зниження розвитку ускладнень, спричинених пологами у терміні більше 42 тижнів. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я вагітних і новонароджених, збереження репродуктивної функції за рахунок проведення пологів в термін, так як зростає кількість материнських та плодових ускладнень при пологах після 42 тижнів. Економічна ефективність: зменшення тривалості перебування у стаціонарі, зменшення материнських післяпологових ускладнень та ускладнень у новонароджених знижує потребу в додаткових витратах на лікування.
9. Наявність препарату групи блокаторів прогестеронових рецепторів – міфепристону у лікувальних закладах
10. Неготовність шийки матки до пологів у вагітних із гіпертензією різного генезу та порушенні мікроцинозу піхви.

11. Протипоказання у відповідності до інструкції та індивідуальна непереносимість препаратів блокаторів прогестеронових рецепторів.
12. Можливі ускладнення пов'язані з такими, які виникають при застосуванні препарату, що потребує відміни препарату та призначення симптоматичної терапії при виникненні побічних реакцій.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», 58002, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел.. (0372) 52-40-78.
14. Немає.
15. Семеняк А.В. (0506120280), Юзько О.М. (0506752334), Андрієць О.А. (0505116333), Ніщович І.Р. (0505626459).

### Реєстр. № 11/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ ПРИ РЕТРОХОРИАЛЬНИХ ГЕМАТОМАХ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126156. МПК (2018.01) А61В 8/00. Спосіб прогнозування ризику репродуктивних втрат при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації / Кравченко О.В., Бойко І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201712709; заявл. 21.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Не подавалась.
7. Спосіб прогнозування ризику репродуктивних втрат при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації шляхом обстеження вагітних в І триместрі гестації. Проводять ультразвукове дослідження з визначенням куприково-тім'яного розміру ембріона та розмірів ретрохоріальної гематоми з автоматичним обчисленням її об'єму; і при об'ємі ретрохоріальної гематоми більше 1,6 см<sup>3</sup> та відставанні куприково-тім'яного розміру ембріона більше, ніж на 7 днів відносно гестаційної норми, прогнозують високий ризик виникнення репродуктивних втрат.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно і достовірно прогнозувати ризик репродуктивних втрат при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації на підставі визначення об'єму РХГ та проведення ембріометрії, що дає можливість своєчасно передбачити вірогідні ускладнення вагітності, виробити адекватну акушерську тактику (медична ефективність. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення, за рахунок зниження рівня репродуктивних втрат та перинатальної захворюваності. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування, пов'язаного з ускладненнями гестаційного періоду завдяки прогнозуванню ризику репродуктивних втрат при ретрохоріальних гематомах І триместру.
9. Апарати ультразвукової діагностики з доплерометричною приставкою, наявність кваліфікованого лікаря з ультразвукової діагностики.
10. Наявність ретрохоріальних гематом в І триместрі гестації.
11. Немає.
12. Не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.

15. Кравченко О.В. (0956593554).

**Реєстр. № 12/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ РЕТРОХОРІАЛЬНИХ ГЕМАТОМАХ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126157. МПК (2018.01) А61В 8/00, G01N 33/49 (2006.01). Спосіб прогнозування ризику розвитку плацентарної дисфункції при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації / Кравченко О.В., Бойко І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201712710; заявл. 21.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Не подавалась.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку плацентарної дисфункції при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації шляхом виконання ультразвукового дослідження з проведенням доплерометричного вимірювання, причому визначають локалізацію, об'єм гематоми та усереднений показник індексу резистентності в маткових артеріях, і при корпоральному розташуванні гематоми об'ємом більше 1,2 см<sup>3</sup> та при зростанні усередненого показника індексу резистентності в маткових артеріях відносно гестаційної норми прогнозують високий ризик розвитку плацентарної дисфункції.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно і достовірно прогнозувати ризик розвитку плацентарної дисфункції при ретрохоріальних гематомах в І триместрі гестації на підставі визначення локалізації, об'єму ретрохоріальної гематоми та усередненого індексу резистентності кровотоку в маткових артеріях, що дає можливість своєчасно передбачити вірогідні ускладнення вагітності, виробити адекватну акушерську тактику (медична ефективність). Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення, за рахунок зниження рівня репродуктивних втрат та перинатальної патології. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування, пов'язаного з ускладненнями гестаційного періоду завдяки прогнозуванню ризику розвитку плацентарної дисфункції при ретрохоріальних гематомах І триместру.
9. Апарати ультразвукової діагностики з доплерометричною приставкою, наявність кваліфікованого лікаря з ультразвукової діагностики.
10. Наявність ретрохоріальних гематом в І триместрі гестації.
11. Немає.
12. Не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554).

**Реєстр. № 13/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КРОВОТЕЧ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ.**

2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. З метою профілактики кровотеч при викидні, що не відбувся, перед перериванням вагітності, шляхом вакуум-аспірації, жінкам з метою профілактики кровотечі призначався Транексам по 2 таблетки 3 рази на добу, протягом 2-3 днів. Ефективність профілактики оцінювали за клінічними даними, також визначали об'єм крововтрати під час хірургічного втручання.
8. Транексам – антифібринолітичний засіб, специфічно інгібує активацію плазминогену в плазмін, внаслідок чого фібрин не руйнується і процес розчинення тромбу сповільнюється. Медична ефективність: препарат Транексам є високоефективним засобом профілактики коагулопатичних кровотеч при штучному перериванні вагітності у жінок з внутрішньоутробною загибеллю плода. Він нормалізує плазмінокоагуляційну та фібринолітичну ланки гемостазу, що може бути широко використано в акушерській практиці. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення, за рахунок зменшення таких ускладнень при перериванні вагітності як кровотеча. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування, пов'язаного з ускладненнями при перериванні вагітності, завдяки використанню Транексаму з метою профілактики коагулопатичних кровотеч при штучному перериванні вагітності у жінок з внутрішньоутробною загибеллю плода.
9. Лікарський засіб препарат Транексам по 2 таблетки 3 рази на добу, протягом 2-3 днів перед штучним перериванням вагітності.
10. Викидень, що не відбувся.
11. Підвищена чутливість до препарату, субарахноїдальний крововилив, тяжка ниркова недостатність, судоми в анамнезі.
12. Не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554).

#### **Реєстр. № 14/5/18**

1. Спосіб корекції мікробіоценозу піхви на етапі прекоцепційної підготовки жінок до вагітності.
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. З метою корекції неспецифічного вульвовагітніту на етапі прекоцепційної підготовки жінок до вагітності призначався препарат Депантол по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 10 днів. Ефективність лікування оцінювали за даними

- клініко-мікробіологічного обстеження до лікування та через 1 і 3 місяці після його закінчення.
8. Депантол містить діючу речовину хлоргексидин (16 мг) і декспантенол (100 мг), основа свічок – поліетиленоксид. Хлоргексидин активний по відношенню до грампозитивних і грамнегативних бактерій, але не порушує функціональну активність лактобацил. Декспантенол сприяє регенерації слизової оболонки піхви і шийки матки, нормалізує метаболізм клітин, посилює проліферативну активність епітелію та підвищує міцність колагенових волокон. Поліетиленоксидна основа має осмотичні та сорбційні властивості, усуває набряклість, сорбує продукти запалення. Медична ефективність: препарат Депантол є високо ефективним по відношенню до основних збудників неспецифічного вульвовагініту. Він не порушує функціональну активність лактобацил, що сприяє швидкому відновленню нормального біотопу піхви на етапі прекоцепційної підготовки, що створює благоприємні умови для запліднення. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення та попередження розвитку в запланованій вагітності таких акушерських ускладнень як хоріоамніоніт, передчасних розрив плідних оболонок, передчасні пологи за рахунок проведення прекоцепційної підготовки. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування пов'язаного з ускладненнями гестаційного періоду, завдяки корекції мікробіоценозу піхви Депантолом на етапі прекоцепційної підготовки жінок до вагітності.
  9. Лікарський засіб препарат Депантол по 1 супозиторію 2 рази на день протягом 10 днів.
  10. Неспецифічний вульвовагініт.
  11. Індивідуальна непереносимість препарату.
  12. Не спостерігалось.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
  14. Немає.
  15. Кравченко О.В. (0956593554).

#### Реєстр. № 15/5/18

1. **СПОСІБ ПРЕІНДУКЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ ДО ПОЛОГІВ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. З метою преіндукційної підготовки шийки матки до пологів при пролонгованій вагітності призначався міфепристон (міропристон) по 200 мг перорально з інтервалом 24 години протягом 2 днів. Через 48-72 години проводилась повторна оцінка стану шийки матки.
8. Міфепристон блокує ефекти прогестерону за рахунок конкурентного інгібування його рецепторів. Міфепристон підвищує скоротливу активність міометрія, збільшуючи кількість рецепторів простагландинів в шийці матки. Відновлює, знижену під дією прогестерону, чутливість клітин міометрія до окситоцину. Медична ефективність: Застосування міфепристону є високоефективним методом підготовки організму вагітної до пологів. Призначення міфепристону сприяє

спонтанному розвитку пологової діяльності у 79,4% вагітних. Преіндукція пологів в терміні 40-41 тижнів є більш ефективною, ніж в терміні більше 41 тижня по відношенню до дозрівання шийки матки (відповідно 84 та 67,1%). Соціальна ефективність: пов'язана зі знизенням рівня перенесених вагітностей та ускладнень пов'язаних з даною патологією (зменшення дитячого травматизму, аспірації меконієм тощо). Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування новонароджених з перинатальною патологією, внаслідок своєчасного розродження, завдяки преіндукції пологів міфепростоном.

9. Лікарський засіб міфепристон (міропристон) застосовувався по 200 мг перорально з інтервалом 24 години протягом 2 днів. Через 48-72 години проводилась повторна оцінка стану шийки матки.
10. Пролонгована вагітність.
11. Бронхіальна астма, ХОБЛ, порушення гемостазу, анемія, лікування антикоагулянтами та глюкокортикоїдами, наднирникова, печінкова і хронічно-ниркова недостатність.
12. Не спостерігалось.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554).

#### Реєстр. № 16/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ВІДШАРУВАННЯМ ХОРІОНУ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ.**
2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», 0116U002933, 2016-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. З метою корекції плацентарної дисфункції у жінок з відшаруванням хоріону, а саме активізації метаболічних процесів в організмі, крім гестогенів та фібринолітиків призначався препарат артихол перед їжею по 600-1200 мг на добу протягом 2-3 тижнів.
8. До складу препарату Артихол входить екстракт артишоку, який містить комплекс біологічно активних речовин (цинарин, фенокислоти, біофлавоноїди, аскорбінова кислота, каротин, вітаміни В1 і В2, інулін), які включаються в багаточисельні метаболічні процеси в організмі. Зазначені вище компоненти також стимулюють виведення токсичних речовин з організму, нормалізують функцію печінки та нирок, що є, безумовно, важливим при вагітності. Медична ефективність: запропонований спосіб лікування плацентарної дисфункції у жінок з відшаруванням хоріону в І триместрі вагітності є високо ефективним, забезпечує швидке відновлення кровообігу у ділянці ретрохоріальної гематоми, що, в свою чергу, сприяє в подальшому нормалізації матково-плацентарного кровотоку. Соціальна ефективність: забезпечення подальшого неускладненого перебігу вагітності, внаслідок підвищення ефективності лікування плацентарної дисфункції у жінок з відшаруванням хоріону в І триместрі гестації завдяки використанню метаболічних ефектів Артихолу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з плацентарної дисфункції у жінок з відшаруванням хоріону в

- І триместрі вагітності шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок використання препарату Артіхол).
9. Лікарський засіб Артіхол, який використовується перед їжею по 600-1200 мг на добу протягом 2-3 тижнів.
  10. Відшарування хоріону в І триместрі вагітності.
  11. Немає.
  12. Не спостерігалось.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-17-39.
  14. Немає.
  15. Кравченко О.В. (0956593554), Ясніковська С.М. (0974713426).

### Реєстр. № 17/5/18

1. **СПОСІБ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНИХ СТРЕС-РЕАЛІЗУЮЧИХ СИСТЕМ У ВАГІТНИХ ІЗ РЕВМАТИЗМОМ.**
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0116U002939, 2016-2020 рр.
3. Акушерство и гінекологія.
4. 1+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126821. МПК А61В 5/02 (2006.01), А61В 5/1495 (2006.01), А61В 6/08 (2006.01), G01Т 1/29 (2006.01). Спосіб доклінічної діагностики порушення центральних стрес-реалізуючих систем у вагітних із ревматизмом / Косілова С.Є.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201800241; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Не подавалася.
7. В даний час для визначення компенсаторно-приспосувальних механізмів у вагітних з ревматизмом використовують дослідження крові з ліктьової вени. Причому, у крові за стандартними методиками визначають показники антиоксидантної системи: рівень відновленого глутатіону та глутатіон-пероксидази. Це дозволяє своєчасно діагностувати напруження або виснаження периферичних компенсаторно-приспосувальних механізмів. Але до теперішнього часу не врахована можливість діагностики стану порушення центральних стрес-реалізуючих систем у вагітних з ревматизмом на доклінічній стадії за допомогою визначення у крові вмісту адренкортикотропну (АКТГ) і кортизолу. Запропонований спосіб включає визначення у крові за стандартними методиками за допомогою радіо імунологічного методу рівня АКТГ і кортизолу. При рівні АКТГ  $174,4 \pm 11,0$  пг/мл і рівні кортизолу  $972,0 \pm 62,6$  нмоль/л діагностують напруження центральних стрес-реалізуючих систем. При рівні АКТГ  $82,3 \pm 8,6$  пг/мл і рівні кортизолу  $408,2 \pm 45,1$  нмоль/л діагностують виснаження центральних стрес-реалізуючих систем.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно проводити доклінічну діагностику порушення центральних стрес-реалізуючих систем у вагітних з ревматизмом за допомогою визначення вмісту стресових гормонів – адренкортикотропну (АКТГ) і кортизолу у крові. Медична ефективність: даний спосіб доклінічної діагностики дає змогу в подальшому вибирати правильну тактику підготовки жінок з ревматизмом до пологів, ефективно регулювати центральні та периферичні антистресові механізми захисту організму, що виникають у стресових ситуаціях під час пологів. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я вагітних з ревматизмом за рахунок попередження виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів захисту організму, зниження частоти гемодинамічних порушень та гіпоксії організму матері та плода, частоти ускладнень вагітності та



- пологів. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування вагітних і породіль хворих на ревматизм шляхом своєчасної доклінічної діагностики центральних стрес-реалізуючих систем (за рахунок застосування не дорогого способу доклінічної діагностики і можливості вибрати правильну тактику підготовки таких жінок до пологів, регулювати центральні та периферичні антистресові механізми захисту, попередити важкі акушерські та перинатальні ускладнення); зменшення середнього терміну стаціонарного лікування.
9. Лікар-лаборант, стандартні тест-набори для визначення показників АКТГ і кортизолу радіоімунологічним методом.
  10. Вагітність у жінок з ревматизмом.
  11. Не виявлені.
  12. Технічні помилки при проведенні лабораторного дослідження.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Немає.
  15. Косілова С.Є. (0990740054).

### Рєєстр. № 18/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ.**
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0116U002939, 2016-2020 рр.
3. Акушерство и гінекологія.
4. 1+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126820. МПК А61В 17/42 (2006.01), А61Р 15/02 (2006.01). Спосіб лікування рецидивуючого неспецифічного вульвовагініту / Косілова С.Є.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201800239; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Не подавалася.
7. В даний час з метою лікування хронічного рецидивуючого кандидозного вульвовагініту рекомендують призначати препарат АПО-кетоконазол по 400 мг на добу перорально, а з 6-го дня від початку лікування жінці призначають препарат ліварол внутрішньовагінально по 1 супозиторію в 400 мг на добу впродовж 5 днів, далі протягом 5 наступних менструальних циклів призначають внутрішньовагінально по 1 супозиторію на добу протягом 3-х днів до та 3-х днів після менструації. Але не враховано те, що порушення мікробіоценозу піхви розглядають як стан дисбіозу піхвової мікрофлори, причому відбувається елімінація лактобацил, що призводить до колонізації піхви облігатними анаеробами, гарднерелою та грибами виду *Candida*, до того ж, на тлі абсолютного переважання умовнопатогенних мікроорганізмів можуть бути присутні лактобацили анаеробного походження в низькому титрі, які не можуть продукувати пероксид водню, тому рН піхви не має кислої реакції, що призводить до зниження резистентності вагінального біотопу умовнопатогенної мікрофлори. Отже призначення терапії без врахування патогенезу захворювання, в більшості випадків не дає позитивного результату, а призводить до прогресування явищ дисбіозу, неефективності лікування та розвитку додаткових ускладнень (дисбіоз кишечника), до утворення вагінальної біоплівки, яка значно знижує ефективність лікування і сприяє рецидиву захворювання. Запропонований спосіб включає призначення місцевого антисептика широкого спектру антимікробної та антимікотичної дії – фурагін розчинний (фурасол). Жінкам з рецидивуючим неспецифічним вульвовагінітом призначають

теплий водний розчин 1 пакетика фурасолу (попередньо розчиненого в окропі) для спринцювання 1 раз на день протягом 7 днів. З метою сприяння росту лактобацил і відновлення рН піхви можна використовувати препарат, що містить молочну кислоту і глікоген - вагінальний гель Лактогель. Він відновлює мікрофлору піхви, нормалізує і підтримує природні значення рН піхви під час курсу антисептиків, антибіотиків, протигрибкових препаратів. Рекомендується вводити вміст 1 тубика Лактогелю інтравагінально на ніч протягом 7 днів, починаючи з четвертого дня лікування.

8. Запобігання утворення та руйнування вагінальної біоплівки, попередження та лікування дисбіозу, запобігання поширення запального процесу висхідним шляхом, що дасть змогу попередити розвиток різних ускладнень (фонові та передракові захворювання шийки матки, безпліддя, позаматкова вагітність, ускладненого перебігу вагітності та пологів, дисбіоз кишківника). Медична ефективність: підвищення ефективності лікування рецидивуючих вульвовагінітів, зменшення частоти гінекологічних, акушерських та урологічних ускладнень. Соціальна ефективність: покращення стану здоров'я жінки, сімейних стосунків, працездатності та якості життя за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти гінекологічної та акушерської захворюваності внаслідок впровадження запропонованого способу лікування рецидивуючого неспецифічного вульвовагініту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування жінок з рецидивуючим неспецифічним вульвовагінітом та можливих акушерсько-гінекологічних ускладнень шляхом підвищення ефективності лікування; відсутність потреби стаціонарного лікування.
9. Фурасол, Лактогель.
10. Наявність рецидивуючого неспецифічного вульвовагініту.
11. Не виявлені.
12. Індивідуальна підвищена чутливість до препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Косілова С.Є. (0990740054).

#### Реєстр. № 19/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ.**
2. НДР «Встановлення факторів ризику, діагностичних критеріїв, особливостей клінічного перебігу, профілактики та прогнозування акушерсько-гінекологічної та онкогінекологічної патології у жінок різних вікових груп».
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D▼.
5. Патент України на корисну модель № 129351. МПК А61К 31/00, А61Р 15/06 (2006.01). Спосіб профілактики передчасних пологів при багатоплідній вагітності / Вознюк А.В., Булавенко О.В., Банах Ю.В., Вознюк К.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201805093; заявл. 08.05.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Поставлене завдання досягається способом, що передбачає проведення цервікометрії в терміні 16-33 тижнів, при діагностуванні вкорочення шийки матки  $\leq 25$ мм, вагітній встановлюється силіконовий цервікальний перфорований песарій, який відрізняється тим, що додатково призначається вагінальний мікронізований прогестерон у дозі 200 мг на добу до 36 тижнів вагітності.

8. Можливості запобігання передчасних пологів у жінок з багатоплодовою вагітністю пов'язані, перш за все з виявленням чинників, що сприяють формуванню даної патології, вивченням основних механізмів патогенезу вищенаведеної нозологічної форми і доклінічною діагностикою на ранніх етапах з метою здійснення профілактичних заходів. Тим не менш, до теперішнього часу питання оптимальних методів ранньої діагностики та ефективної профілактики передчасних пологів у жінок з багатоплодовою вагітністю залишаються предметом дискусії. При багатоплідній вагітності у ранні терміни на доклінічному етапі вагітній у піхву вводять нетравматичний серкляжний песарій типу ASQ, але згідно опублікованого багаточислового рандомізованого контрольованого дослідження у *American Journal of Obstetrics & Gynecology* групою відомих авторів Kypros H. Nicolaides, Argyro Syngelaki, MS, RM, Lina C. Poon, MD, Catalina de aco Matallana, MD, Walter Plasencia, MD, Francisca S. Molina, MD, Gemma Picciarelli, MD, Natasa Tul, MD, Ebru Celik, MD, Tze Kin Lau, MD, Roberto Conturso, MD January 2016 Volume 214, Issue 1, Pages 3.e1–3.e9 – що показало неефективність використання акушерського песарію для профілактики передчасних пологів при багатоплідді. Обмеження даного методу полягає у спрямуванні своєї дії тільки на шийку матки та відсутності впливу на міометрій матки. При постановці песарію шийка сформовується, створюється імунологічний бар'єр і змінюється кут кахилу шийки матки, розсереджуючи тиск на внутрішнє вічко. Мікронізований прогестерон має міорелаксуючий ефект, блокує ефект окситоцину,  $\alpha$  адренергічну стимуляцію, зменшує кількість рецепторів до окситоцину, синтез і число рецепторів до простагландину F2a, контролює рівень естрогенів, інгібує утворення синцитію.
9. Лікар акушер-гінеколог, що призначає лікування, силіконовий акушерський песарій, вагінальний мікронізований прогестерон.
10. Для профілактики передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю при безсимптомному вкороченні шийки матки в терміні 16-33 тижні.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату.
12. Побічних реакцій не спостерігалось.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2.
14. Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І.Пирогова.
15. Вознюк А.В. (0432272949), (0678888921); Булавенко О.В. (0432272949); Рудь В.О. (0432272949); Кукуруза І.Л. (0432272949); Постолюк Т.Д. (0432272949); Вознюк К.В.

#### **Ресстр. № 20/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З БАГАТОВОДДЯМ.**
2. НДР «Встановлення факторів ризику, діагностичних критеріїв, особливостей клінічного перебігу, профілактики та прогнозування акушерсько-гінекологічної та онкогінекологічної патології у жінок різних вікових груп».
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D▼.
5. Патент України на корисну модель № 127435. МПК А61К 33/06 (2006.01), А61К 33/30 (2006.01), А61К 31/593 (2006.01), А61Р 15/06 (2006.01). Спосіб профілактики передчасних пологів у вагітних з багатоводдям / Гайструк Н.А., Дубас Л.Г., Гайструк А.Н., Топольницька С.В., заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201803394; заявл. 30.03.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.

7. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає комплексну профілактику препаратами «Остеокеа», який приймається внутрішньо по 4 таблетки на добу, та препаратом «Магнерот» по 1 таблетці 2 раз на добу всередину з 20 до 24 тижнів вагітності. Спосіб здійснюється таким чином: вагітним в терміні 20 тижнів призначають препарат Магнерот в дозі 1 таблетка на добу перорально та препарат Остеокеа в дозі 4 таблетки до 24 тижня вагітності.
8. Поставлена задача попередити передчасні пологи. Покращити стан плаценти, знизити частоту перинальної захворюваності та смертності. Враховуючи патогенетичну спрямованість дії препарату «Магнерот» на системному, клітинному, субклітинному і молекулярному рівнях запропоновано новий підхід до застосування препарату в акушерстві з більш широким механізмом дії на рівні метаболізму, енергетики і захисту клітин, ніж монотерапія вітаміном Е. оскільки «Магнерот» має антигіпертензивний, спазмолітичний, розріджуючий кров та заспокійливий ефекти (відповідає рекомендаціям Європейської Асоціації Перинатальної медицини за вмістом та співвідношенням магнію та оротової кислоти для вагітних), нормалізує тонус судин, має мембранопротекторну дію, позитивно впливає на енергозабезпечення клітин хоріону та організму в цілому. Застосування препарату «Магнерот» є патогенетично направленим саме для профілактики передчасних пологів. Враховуючи патогенетичну направленість дії «Остеокеа» на системному, клітинному, субклітинному і молекулярному рівнях запропоновано новий підхід до застосування препарату в акушерстві з більш широким спектром дії на рівні метаболізму, енергетики та захисту клітин. ніж застосування монопрепаратів Холекальциферолу, Аквадетриму.
9. Лікар акушер-гінеколог, що призначає лікування, препарати «Магнерот» та «Остеокеа».
10. Магнерот: Стани, що супроводжуються дефіцитом магнію, а також у комплексному лікуванні та для профілактики: ішемічної хвороби серця (стенокардії, інфаркту міокарда), ангіоспазму; порушення ліпідного обміну, атеросклерозу, артеріоліту, артеріїту. Остеокеа: Дефіцит кальцію та вітаміну Д3, пов'язаний із неповноцінною дієтою та/або з порушенням харчування, коли надходження кальцію та вітаміну Д3 з їжею є недостатнім; підвищена потреба кальцію та вітаміну Д3 в організмі під час вагітності та в період годування груддю, а також дітям віком від 12 років у період інтенсивного росту; профілактика остеопорозу та як доповнення до будь-якої специфічної терапії остеопорозу.
11. Магнерот: Підвищена чутливість до компонентів препарату. Гіпермагніємія, гіпокальціємія, сечокам'яна хвороба (фосфатні та кальцієво-магнієві конкременти), порушення функції нирок, виражена брадикардія та атріовентрикулярна блокада (I-II ступеню). Дитячий вік. Застосування препарату у період вагітності або годування груддю можливе, оскільки в ці періоди потреба у магнії значно збільшується. Якщо його вміст в організмі не збалансований, це може призвести до серйозних ускладнень для матері та дитини. Остеокеа: Підвищена чутливість до компонентів препарату, гіперкальціємія як наслідок гіперпаратиреозу (первинного або вторинного генезу), гіпермагніємія, гіпервітаміноз Д, виражена гіперкальціурія, саркоїдоз, ниркова недостатність, декальцінуючі пухлини, такі як мієлома, кісткові метастази. Дітям віком до 12 років. Препарат можна застосовувати під час вагітності та в період годування груддю, за призначенням лікаря при дотриманні рекомендованого дозування.
12. Магнерот® можна застосовувати тривалий час. Магнерот® приймають при дефіциті магнію. Варто враховувати, що до дефіциту магнію в організмі може призводити захворювання травного тракту; споживання харчових продуктів зі знизеним вмістом магнію; хронічний алкоголізм (через зменшення резорбції магнію у ниркових каналцях і посилення виведення магнію з організму); прийом деяких

лікарських засобів (пероральні контрацептиви, які містять естрогени, діуретики, міорелаксанти, глюкокортикоїди, інсулін); стани, що вимагають підвищеного споживання магнію (гіподинамія, стрес, заняття спортом, вагітність). Прийом препаратів вітаміну D може порушити обмін кальцію і спричинити дисбаланс магнію. Це може спостерігатися на тривалому перебуванні на сонці. При одночасному лікуванні препаратами заліза, тетрацикліном, натрію фторидом інтервал між прийомом препарату магнію та даних препаратів має становити 2-3 години. Оскільки препарат містить лактозу, не слід його застосовувати при спадковій непереносимості галактози, дефіциту лактази Лаппа або порушенні мальабсорбції глюкози-галактози. Особливих застережень немає, але слід мати на увазі, що магній має седативну дію на центральну нервову систему. **Остеокеа:** Під час застосування препаратів, які містять цинк, слід враховувати ризик виникнення дефіциту міді. Дієта, багата фібрином (наприклад, висівки), фосфатами (наприклад, молочні продукти), повнозерновими хлібними виробами та фітінатами зменшує всмоктування цинку внаслідок утворення комплексів. Перерва між вживанням вищезгаданих продуктів та прийомом препаратів цинку повинна бути не менше, ніж 2 години. З обережністю слід призначати хворим на атеросклероз та із схильністю до тромбозів.

13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2.
14. Вінницький клінічний пологовий будинок № 2.
15. Гайструк Н.А. (0975319283), Дубас Л.Г. (0974328805), Гайструк А.Н. (0509684068), Топольницька С.В., Супрунова Т.В. (0679108160).

#### Реєстр. № 21/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЄЮ.**
2. НДР «Діагностика, профілактика та комплексне лікування дистресу плода при акушерській та екстрагенітальній патології»: «Профілактика дистресу плода у вагітних з гіпертензивними розладами», 0109U0003395.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126917. МПК А61К 31/00, А61К 33/00, А61Р 5/24 (2006.01). Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних з гіпергомоцистеїнемією / Гайструк Н.А., Гайструк А.Н., Мазченко О.О.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201801094; заявл. 05.02.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у вагітних з гіпергомоцистеїнемією включає профілактику розвитку ускладнень вагітності загальноприйнятими препаратами. Додатково вводять препарат Фемібіон дозою 1 капсула на добу та додатково призначають препарат Остеокеа по 1 капсулі 1 раз на добу всередину з 13 по 16 тижднів вагітності. Препарат Фемібіон містить фолієву кислоту, метафолін, йод, 9 вітамінів (В1, В2, В3, В6, В12, С, Є, біотин, пантотенат, нікотинамід), а також концентрат жиру лососевих риб і омега-3 ПНЖК (поліненасичену жирну кислоту – докозагексаєнову), вітамін є 12 мг (що відповідає рекомендаціям Європейської Асоціації Перинатальної медицини да вмістом та співвідношенням ПНЖК для вагітних). Препарат Остеокеа містить кальцій – 400 мг, магній – 150 мг, цинк – 5 мг та вітамін Д – 2,5 мкг, які задовольняють потребу в цих мікроелементах материнського організму та сприяють кращому формуванню опорно-рухового апарату плода, регулюють метаболізм кальцію, сприяють росту та мінералізації

- кісток, підтримують кістковий гомеостаз, абсорбцію та утилізацію кальцію, стимуляцію синтезу ДНК в остеocyтах, гальмування функції остеокластів і сповільнення процесів інволюції кісткової тканини.
8. У порівнянні з наявними аналогами препаратів Фолієва кислота та Глюконат кальцію, такі препарати як Фемібіон та Остеокеа додатково вміщують комплекс необхідних вітамінів, мінералів та ПНЖК, прийом яких вагітним жінкам дозволить знизити частоту дистресу плода, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), перинатальну захворюваність та смертність. Медичні: При застосуванні препарату Фемібіон з метою профілактики гіпергомоцистеїнемії очікуємо досягнути зменшення кількості перинатальних втрат шляхом зниження кількості ранніх викиднів, розвитку дефектів нервової трубки, частоти розвитку дистресу плода у вагітних та перинатальної патології та смертності. При застосуванні препарату Остеокеа ми очікуємо нормалізувати рівень кальцію в організмі вагітних, що дозволить профілакувати розвиток пізнього гестозу та покращить насиченість кальцієм організму вагітної та плода. Соціальні: зменшення перинатальних втрат сприяє покращенню демографічної ситуації та здоров'я нації. Економічні: зменшення частоти репродуктивних втрат та перинатальної патології сприяє зменшенню економічних витрат на лікування та виходжування інвалідів дитинства.
  9. Для лікування препаратами Фемібіон та Остеокеа необхідні питна вода та склянка.
  10. Вагітність, дефіцит вітамінів, профілактика дефектів нервової трубки плода, профілактика гіпергомоцистеїнемії, профілактика пізнього гестозу та плацентарної дисфункції.
  11. Індивідуальна непереносимість, сечокам'яна хвороба.
  12. Передозування препарату внаслідок помилкового прийому більшої дози. Щоб усунути побічні дії препарату та запобігти розвитку ускладнень, слід вживати препарат за призначення лікарем та з огляду на дозу препарату. В разі виникнення побічних наслідків – промити шлунок, прийняти ентеросорбент, здійснити постановку очисної клізми.
  13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
  14. Немає.
  15. Гайструк Н.А. (0975319283), Гайструк А.Н. (0509684068), Мазченко О.О. (0673470548).

#### Реєстр. № 22/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.**
2. НДР «Діагностика, профілактика та комплексне лікування дистресу плода при акушерській та екстрагенітальній патології»: «Профілактика дистресу плода у вагітних з гіпертензивними розладами», 0109U0003395.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128573. МПК А61К 31/00, А61Р 9/12 (2006.01). Спосіб профілактики передчасних пологів у вагітних з гіпертензивними розладами / Гайструк Н.А., Мазченко О.О., Гайструк А.Н.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201803363; заявл. 30.03.2018; опубл. 25.09. 2018. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики передчасних пологів у вагітних з гіпертензивними розладами включає профілактику розвитку ускладнень вагітності загальноприйнятими препаратами. Додатково вводять препарат вітамін Є в дозі 1 капсула (200 мг) на добу та додатково призначають препарат Магнерот по 1 таблетці 2 рази на добу

- всередину з 20 по 24 тиждень вагітності. Препарат вітамін Є, нормалізує діяльність плаценти в дозі 200 мг на добу за рахунок покращення будови мембран плацентарної тканини (що відповідає рекомендаціям Європейської Асоціації Перинатальної медицини да вмістом віт. Є для вагітних). Препарат Магнерот містить магній – 150 мг, який задовольняє потребу в мікроелементі Mg материнського організму та сприяють кращому формуванні опорно-рухового апарату плода, регулюють метаболізм кальцію, має антигіпертензивну, спазмолітичну, розріджуючу кров та заспокійливий ефекти. Оротат має анаболічний ефект (відповідає рекомендаціям Європейської Асоціації Перинатальної медицини за вмістом та співвідношенням магнію та оротової кислоти для вагітних), нормалізує тонус судин, має мембранопротекторну дію, позитивно впливає на енергозабезпечення клітин хоріону та організму в цілому.
8. У порівнянні з наявними аналогами препаратів магнію, такий препарат як Магнерот додатково вміщує оротову кислоту, прийом якої вагітним жінкам дозволить знизити частоту передчасних пологів, затримку внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), перинатальну захворюваність та смертність.
  9. Медичні: При застосуванні препаратів віт. Є з Магнеротом з метою профілактики гіпертензивними розладами очікуємо досягнути зменшення кількості перинатальних втрат шляхом зниження кількості ранніх викиднів, розвитку загрози передчасних пологів, перинатальної патології та смертності. При застосуванні препарату Магнерот ми очікуємо нормалізувати рівень магнію в організмі вагітних, що дозволить профілакувати розвиток передчасних пологів та покращить репродуктивні показники. Соціальні: зменшення перинатальних втрат сприяє покращенню демографічної ситуації та здоров'я нації. Економічні: зменшення частоти репродуктивних втрат та перинатальної патології сприяє зменшенню економічних витрат на лікування та виходжування інвалідів дитинства. Для лікування препаратами вітамін Є та Магнерот необхідні питтєва вода та склянка.
  10. Вагітність, дефіцит вітамінів, профілактика передчасних пологів, профілактика викиднів, профілактика пізнього гестозу та плацентарної дисфункції.
  11. Індивідуальна непереносимість, сечокам'яна хвороба.
  12. Передозування препарату внаслідок помилкового прийому більшої дози. Щоб усунути побічні дії препарату та запобігти розвитку ускладнень, слід вживати препарат за призначення лікарем та з огляду на дозу препарату. В разі виникнення побічних наслідків – промити шлунок, прийняти ентеросорбент, здійснити постановку очисної клізми.
  13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
  14. Немає.
  15. Гайструк Н.А. (0975319283), Гайструк А.Н. (0509684068), Мазченко О.О. (0673470548).

#### Реєстр. № 23/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D, ЩО ВПЛИВАЄ НА ОБМІН КАЛЬЦІЮ, МАГНІЮ, ЦИНКУ У ВАГІТНИХ З БАГАТОВОДІЯМ.**
2. НДР «Встановлення факторів ризику, діагностичних критеріїв, особливостей клінічного перебігу, профілактики та прогнозування акушерсько-гінекологічної та онкогінекологічної патології у жінок різних вікових груп».
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D▼.
5. Патент України на корисну модель № 129564. МПК А61К 31/00, А61Р 3/00, А61Р 15/06 (2006.01). Спосіб комплексної профілактики дефіциту вітаміну D, що впливає

на обмін кальцію, магнію, цинку у вагітних з багатоводдям / Гайструк Н.А., Дубас Л.Г., Гайструк А.Н., Топольницька С.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201800053, заявл. 02.01.2018; опубл. 12.11.2018. Бюл. № 21.

6. Немає.
7. Спосіб комплексної профілактики дефіциту вітаміну D у вагітних з багатоводдям, що передбачає застосування лікарських засобів, який відрізняється тим, що вагітній призначають комбінований препарат – Остеокеа, до складу якого входять речовини, що нормалізують обмін кальцію, магнію, цинку та вітаміну D в організмі, переважно у кістковій тканині. Остеокеа приймається per os по 4 таблетки на добу (Кальцію карбонат 400 мг, Магнію гідроксид 150 мг, Цинку сульфат гептагідрат 5 мг, Холекальциферол 2,5 мкг (100 МО)) курс лікування визначає лікар (від 4 тижнів до 3 місяців).
8. У теперішній час загальноприйнятим в профілактиці дефіциту вітаміну D, що впливає на обмін кальцію, магнію, цинку є застосування монопрепаратів, що вміщують лише одну або дві з наведених діючих речовин – Холекальциферол, Аквадетрим. Недоліком даного способу є необхідність тривалого застосування великої кількості препаратів в стаціонарі з продовженням терапії в умовах жіночої консультації та висока собівартість кожного препарату окремо. В основу запропонованого способу поставлене завдання знизити прояви дистресу плода, покращити стан плаценти, вилікувати багатоводдя, знизити частоту розвитку дистресу плода в пологах і покращити адаптацію до умов позаутробного існування. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає комплексну профілактику та за необхідності, лікування, що здійснюється комбінованим препаратом – Остеокеа, до складу якого входять речовини, що нормалізують обмін кальцію, магнію, цинку та вітаміну D в організмі, переважно у кістковій тканині.
9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції. Лікар акушер-гінеколог, що призначає лікування, препарат «Остеокеа».
10. 1) Дефіцит кальцію та вітаміну D<sub>3</sub>, пов'язаний із неповноцінною дієтою та/або з порушенням харчування, коли надходження кальцію та вітаміну D<sub>3</sub> з їжею є недостатнім; 2) підвищена потреба кальцію та вітаміну D<sub>3</sub> в організмі під час вагітності та в період годування груддю, а також дітям віком від 12 років у період інтенсивного росту; 3) профілактика остеопорозу та як доповнення до будь-якої специфічної терапії остеопорозу.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату, гіперкальціємія як наслідок гіперпаратиреозу (первинного або вторинного генезу), гіпермагніємія, гіпервітаміноз D, виражена гіперкальціурія, саркоїдоз, ниркова недостатність, декальцінуючі пухлини, такі як мієлома, кісткові метастази. Дітям віком до 12 років. Препарат можна застосовувати під час вагітності та в період годування груддю, за призначенням лікаря при дотриманні рекомендованого дозування.
12. Під час застосування препаратів, які містять цинк, слід враховувати ризик виникнення дефіциту міді. Дієта, багата фібрином (наприклад, висівки), фосфатами (наприклад, молочні продукти), повнозерновими хлібними виробами та фітінатами зменшує всмоктування цинку внаслідок утворення комплексів. Перерва між вживанням вищезгаданих продуктів та прийомом препаратів цинку повинна бути не менше ніж 2 години. З обережністю слід призначати хворим на атеросклероз та із схильністю до тромбозів.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2.
14. Вінницький клінічний пологовий будинок № 2.



15. Гайструк Н.А. (0975319283), Дубас Л.Г. (0974328805), Гайструк А.Н. (0509684068), Топольницька С.В., Супрунова Т.В. (0679108160).

**Реєстр. № 24/5/18**

- СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ШИЙЦІ МАТКИ.**
- НДР «Встановлення факторів ризику, діагностичних критеріїв, особливостей клінічного перебігу, профілактики та прогнозування акушерсько-гінекологічної та онкогінекологічної патології у жінок різних вікових груп».
- Акушерство та гінекологія.
- 3,D▼.
- Патент України на корисну модель № 126229. МПК А61К 36/899 (2006.01), А61К 9/02 (2006.01). Спосіб профілактики кровотеч після малоінвазивних гінекологічних втручань на шийці матки / Гайструк Н.А., Гайструк А.Н., Васильков А.А., Ковач В.О., Мунтян О.А.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201800047; заявл. 02.01.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
- Немає.
- Спосіб профілактики кровотеч після малоінвазивних гінекологічних втручань на шийці матки, який включає використання супозиторіїв «Фемхіл», діючою речовиною яких є 600 мг рідкого екстракту пшениці звичайної, вводять супозиторій інтравагінально щоденно на ніч, протягом 12 днів, починаючи з 9-го дня післяопераційного періоду (після відторгнення детриту).
- Спосіб використовується для відновлення гістологічної структури шийки матки після малоінвазивних гінекологічних втручань шляхом застосування вагінальних супозиторіїв «Фемхіл», що дозволяє знизити ризик виникнення кровотеч після малоінвазивних гінекологічних втручань.
- Лікар акушер-гінеколог, що призначає лікування, препарат «Фемхіл» (песарії для піхвового введення).
- Для лікування симптомів, що виникають при запальних та дистрофічних процесах у слизовій оболонці піхви, таких як: больові відчуття внизу живота і в статевих органах, печіння, місцевий та дифузний свербіж, лейкорея, набряклість і почервоніння слизових оболонок піхви і зовнішніх статевих органів, у т. ч. для застосування у комплексному лікуванні неспецифічних вульвовагінітів.
- Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату.
- Побічних реакцій не спостерігалось. Можливе виникнення реакцій гіперчутливості.
- Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2.
- Вінницький клінічний пологовий будинок № 2.
- Гайструк Н.А. (0975319283), Гайструк А.Н. (0509684068), Васильков А.А. (0674304640), Ковач В.О. (0679021329), Мунтян О.А. (0971488010), Супрунова Т.В. (0679108160).

**Реєстр. № 25/5/18**

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШИЙКИ МАТКИ ТА ПІХВИ У ВАГІТНИХ.**
- НДР «Встановлення факторів ризику, діагностичних критеріїв, особливостей клінічного перебігу, профілактики та прогнозування акушерсько-гінекологічної та онкогінекологічної патології у жінок різних вікових груп».
- Акушерство та гінекологія.

4. 3,D▼.
5. Патент України на корисну модель № 126494. МПК А61К 36/899 (2006.01), А61Р 15/02 (2006.01). Спосіб лікування запальних процесів слизової оболонки шийки матки та піхви у вагітних / Гайструк Н.А., Дубас Л.Г., Гайструк А.Н., Топольницька С.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201800097; заявл. 02.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає застосування лікарських засобів, відрізняється тим, що вагітній призначається комбінований препарат – Фемхіл. Використовують Фемхіл внутрішньовагінально, песарії по 600 мг щоденно, 1 раз на добу, на ніч. Курс лікування складає від 6 днів до 2 тижнів і визначається лікарем індивідуально.
8. У теперішній час загальноприйнятим в лікуванні запальних захворювань слизової оболонки шийки матки та піхви у вагітних є застосування антибактеріальних препаратів, як препаратів, що мають етіологічний вплив на збудника та мають протизапальний ефект. Антибактеріальні препарати застосовують щодня, внутрішньовагінально. Недоліком даного способу є необхідність тривалого застосування (не менше 2 тижнів) та відсутність ефективної репарації слизової оболонки після довготривалого використання даних препаратів. Враховуючи патогенетичну направленість дії Фемхілу на системному, клітинному, субклітинному і молекулярному рівнях, пропонується новий підхід до застосування препарату в акушерстві з більш широким спектром дії на рівні метаболізму, енергетики та захисту клітин, ніж застосування виключно антибактеріальних препаратів. Оскільки Фемхіл має цитопротекторну, репаративну та мембраностабілізуючу дію його застосування є патогенетично обґрунтованим саме при лікуванні запальних захворювань слизової оболонки шийки матки та піхви у вагітних. В основу корисної моделі поставлене завдання сприяти швидшому видужанню пацієнток з запальними захворюваннями шийки матки що, дасть можливість профілакувати багатоводдя вагітних на тлі протизапального лікування. Таким чином, даний спосіб лікування запальних процесів слизової оболонки шийки матки та піхви у вагітних сприяє зниженню частоти перинатальної захворюваності та ранньої неонатальної смертності новонароджених.
9. Лікар акушер-гінеколог, що призначає лікування, препарат «Фемхіл» (песарії для піхвового введення).
10. Для лікування симптомів, що виникають при запальних та дистрофічних процесах у слизовій оболонці піхви, таких як: больові відчуття внизу живота і в статевих органах, печіння, місцевий та дифузний свербіж, лейкорея, набряклість і почервоніння слизових оболонок піхви і зовнішніх статевих органів, у т. ч. для застосування у комплексному лікуванні неспецифічних вульвовагінітів.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату.
12. Побічних реакцій не спостерігалось. Можливе виникнення реакцій гіперчутливості.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2.
14. Вінницький клінічний пологовий будинок № 2.
15. Гайструк Н.А. (0975319283), Дубас Л.Г. (0974328805), Гайструк А.Н. (0509684068), Топольницька С.В. Супрунова Т.В. (0679108160).

#### Рєєстр. № 26/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.**

2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Гінекологія
4. З,А.
5. Патент України на корисну модель № 90626. МПК А61К 38/22, А61Р 15/00. Спосіб профілактики рецидивів геніального ендометріозу після оперативного втручання / Лисенко Б.М.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. – № u201312479; заявл. 24.10.2013; опубл. 10.06.2014. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Суть запропонованого нововведення полягає в тому, що у основі вибору об'єму оперативного втручання при поширених формах ендометріозу має бути принцип радикальності, але з виконанням органозберігаючих операцій у жінок молодого віку з нереалізованою репродуктивною функцією. Всім хворим з поширеними формами ендометріозу на тлі патології щитоподібної залози в післяопераційному періоді показана індивідуальна медична реабілітація з проведенням раціональної протирецидивної та замісної гормональної терапії на підставі індивідуальних показників стану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниково-тиреоїдної системи, нейроендокринної регуляції репродуктивної системи з метою поліпшення якості життя та відновлення репродуктивного здоров'я.
8. Медичний (зниження післяопераційних ускладнень та рецидивування патологічного процесу у прооперованих пацієнток, відновлення репродуктивної функції), соціальний (збереження працездатності та покращання якості життя, збереження можливості реалізації репродуктивних намірів), економічний (зниження матеріальних витрат на лікування та реабілітацію).
9. Ендовідеохірургічна стійка для гістеро та лапароскопічних оперативних втручань, та наявність хірурга, що володіє ендоскопічними технологіями.
10. Генітальний ендометріоз, доброякісна патологія щитоподібної залози.
11. Протипоказання для хірургічного лікування.
12. Пошкодження сусідніх органів (сечовий міхур, сечоводи, кишечник).
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Хабрат Б.В. (0675518657), Хабрат А.Б. (0972229769), Литвак О.О. (0506902242), Лисенко Б.М. (0677552273).

#### Реєстр. № 27/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН МІОМАТОЗНОЇ ТКАНИНИ І ЕНДОМЕТРІЯ У ПАЦІЄНТОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.

7. Використання в схемі комплексної передопераційної підготовки ЛМ уліпристалом ацетатом (УА) протягом трьох місяців призводить до того, що ендометрій набуває характерних змін (РАЕС), які потрібно диференціювати з естроген-індукованими змінами або гіперпластичними процесами. Зміни ендометрія оборотні, спостерігаються приблизно у 60% пацієток з симптомними лейоміома матки, які отримували терапію УА, з метою зменшення метроррагії та профілактики анемії в передопераційному періоді, ці зміни самостійно регресують протягом декількох тижнів після завершення курсу терапії УА, тому у направленні на патогістологічне дослідження необхідно обов'язково зазначати, що до хірургічного лікування проводилась терапія УА. Патоморфолог, незнайомий з морфологією РАЕС, може помилково діагностувати естрогеніндуковані зміни ендометрія на тлі блокади прогестеронових рецепторів УА, як непластичні. Головна ознака РАЕС, окрім порушення форми і розмірів залоз – це та, що епітелій більшості залоз має вигляд, характерний для середньої або пізньої стадій фази проліферації, це – переважання слабо проліферуючого сплющеного і малоактивного секреторного або індіферентного епітелію, це – ознаки псевдостратифікації і фігури мітозів, це – кістозно-розширені, з водянистим секретом, звивисті залози, іноді фестончастої, зіркоподібної форми, які, більше відповідають секреторній фазі, і прямі залози з вузьким просвітом, які можуть бути оточені «коміром» з щільнорозташованих стромальних клітин видовженої форми. При РАЕС в ендометрії структура залоз більше відповідає секреторній фазі, залозистий епітелій зазвичай сплющений кубічний або призматичний, без ознак або зі слабо вираженою стратифікація ядер, з поодинокими мітозами, частина епітеліоцитів містить в цитоплазмі базальні вакуолі; зустрічається секреторний епітелій з ознаками апокринової секреції, особливо в кістозно-розширених залозах; строма з щільним розташуванням клітин, низькою проліферативною активністю, без ознак периваскулярної децидуоподобної реакції; залозисто-стромальне співвідношення не порушено, але залози часто розподілені нерівномірно, а також зустрічаються скупчення артерій з потовщеними стінками. Маркер проліферативної активності Ki-67 при РАЕС, вкрай низької експресії.
8. Медичні – зменшення відсотка хибно позитивного патогістологічного діагнозу естроген індукованих змін ендометрію, як непластичних, на тлі терапії препаратом, який блокую тимчасово та зворотньо прогестеронові рецептори( УА). Соціальні та медичні – зниження відсотка розширення обсягу оперативного втручання та інтраопераційних ускладнень, на підставі хибно позитивного патогістологічного діагнозу скорочення терміну післяопераційної реабілітації, збереження репродуктивних органів жінки, зменшення тривалості перебування хворих у стаціонарі після оперативного лікування, що, в цілому, покращить репродуктивний потенціал та якість життя пацієнтки після хірургічного лікування.
9. 10% розчин нейтрального буференого формаліну, для проводки матеріалу гістопроектор карусельного типу STP-120, для заливки парафінових блоків станцію ЕС-350, для різання парафінових блоків – ротаційний мікротом серії НМ – 340Е (Microm, Hamburg, Germany), забарвлення гематоксилином-еозином, мікроскоп Axioskop 40 з фотокамерою AxioCam MRc5 (CarlZeiss), імуногістохімічні маркери – рецепторів естрогену (DAKO, EP1), прогестерону (DAKO, PgR636), маркери проліферативної активності Ki-67 (DAKO, SP6), інгібітора апоптозу Bcl-2 (BCL-2 alpha Ab-1 (100 / D5), а також системи візуалізації EnVision FLEX (DAKO) з діамінобензидіном (ДАБ), предметні скельця, автостейнер виробництва Thermo Scientific, для імуногістохімічних реакцій – гематоксилін Майєра.
10. Гіперпластичні процеси ендометрію у жінок з субмукозною лейоміомою матки, менометроррагія, анемія середнього ступеня.
11. Індивідуальна непереносимість медичного препарату.

12. Відсутність ефекту лікування та індивідуальна непереносимість препарату.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Хабрат Б.В. (0675518657), Хабрат А.Б. (0972229769), Литвак О.О. (0506902242), Лисенко Б.М. (0505106994), Ткаченко Р.П. (0677006827), Курик О.Г. (0978440367), Лазаренко Г.О. (0977964483), Денисенко А.І. (0505696393).

#### **Реєстр. № 28/5/18**

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОГО РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТКОВОГО МАНІПУЛЯТОРА ОРИГІНАЛЬНОЇ КОНСТРУКЦІЇ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 96520. МПК А61В 17/42. Матковий маніпулятор / Хабрат Б.В., Хабрат А.Б.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами. – № u201409185; заявл. 15.08.2014; опубл. 10.02.2015. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Використання маткового маніпулятора оригінальної конструкції є додатковим елементом полегшення виявлення меж дефекту стінки матки у ділянці рубця, візуалізації та позиціювання об'єкту інтересу для полегшеного накладання ендоскопічних швів.
8. Медичні – зменшення травматизації матки, полегшення ідентифікації тканинних структур оперованого органу шляхом індивідуального підбору елементів конструкції маткового маніпулятора та за рахунок використання змінних елементів конструкції, що дозволяє надійно виявити істинні межі дефекту стінки та уникати додаткового пошкодження пошкодження сусідніх органів(сечовий міхур, сечоводи) і судини матки. Соціальні та медичні – зниження інтраопераційних ускладнень, скорочення терміну післяопераційної реабілітації, зменшення тривалості перебування хворих у стаціонарі після оперативного лікування, що, в цілому, покращить репродуктивний потенціал та якість життя пацієнтки після хірургічного лікування.
9. Наявність маткового маніпулятора та хірурга, що володіє ендоскопічними технологіями.
10. Хірургія неспромодного рубця на матці після кесарського розтину.
11. Гострі інфекційно-запальні процеси внутрішніх статевих органів.
12. Пошкодження сусідніх органів (сечовий міхур, сечоводи) та судини матки, перфорація матки.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Хабрат Б.В. (0675518657), Хабрат А.Б. (0972229769), Литвак О.О. (0506902242), Лисенко Б.М. (0505106994).

#### **Реєстр. № 29/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕПОВНОЇ МАТКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною та акушерською патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові-періоди (прикладна)», 0117U001075.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118808. МПК А61В 17/00, А61К 31/00, А61Р 15/00. Спосіб лікування неповної маткової перегородки / Вереснюк Н.С., Пирогова В.І.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201702557; заявл. 20.03.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Впроваджено в медичні заклади акушерсько-гінекологічного профілю.
7. Спосіб лікування неповної маткової перегородки включає проведення гістероскопічної метропластики та профілактику внутрішньоматкових синехій. Після оперативного втручання в порожнину матки катетером Фолея вводять 6-8 мл протиспайкового препарату дефенсаль і через 30 хвилин катетер Фолея видаляють з порожнини матки.
8. На відміну від внутрішньоматкової спіралі, яка виконує роль механічного бар'єру для утворення внутрішньоматкових синехій, дефенсаль чинить фізичний вплив на тканини, забезпечуючи тимчасове розділення їх поверхонь завдяки флотації рідини, знижує локальну запальну відповідь в зоні оперативного втручання, мінімізує зіткнення тканин в критичний період утворення фібрину після хірургічного втручання і, таким чином, перешкоджає утворенню злук.
9. Протиспайковий препарат дефенсаль, катетер Фолея.
10. Неповна маткова перегородка.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Вереснюк Н.С. (0672574881), Пирогова В.І.

#### **Реєстр. № 30/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ МАТКИ.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною та акушерською патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові періоди (прикладна)», 0117U001075.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114515. МПК А61В 8/00. Спосіб діагностики аномалій розвитку матки / Пирогова В.І., Вереснюк Н.С., Малачинська М.Й.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201609581; заявл. 16.09.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Впроваджено у профільні медичні заклади.
7. Пацієнткам з підозрою на аномалію розвитку матки виконують двовимірне ультразвукове сканування, гістеросальпінгографію та додатково проводять тривимірне ультразвукове сканування в лютеїновій фазі менструального циклу.
8. На відміну від двовимірного, тривимірне ультразвукове сканування дає можливість отримати фронтальний зріз матки, що полегшує візуалізацію як ендометрію, так і міометрію, та допомагає в постановці правильного діагнозу. У пацієнток з уже

відомим станом маткових труб тривимірне ультразвукове сканування є значно простішою альтернативою, яка одночасно дозволяє діагностувати патологію яєчників та уникнути рентгенологічної експозиції.

9. Дво- та тривимірне ультразвукове сканування, гістеросальпінгографія.
10. Диференціація підтипів аномалій розвитку матки.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Пирогова В.І., Вереснюк Н.С. (0672574881), Малачинська М.М.

### Реєстр. № 31/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕПОВНОЇ МАТКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові періоди (прикладна)», 0117U001075, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади акушерсько-гінекологічного профілю.
7. Ефективний модифікований спосіб лікування неповної маткової перегородки полягає в проведенні гістероскопічної метропластики з використанням розчину для іригації, 1000 мл якого містить сорбіту 27 г і маніту 5,4 г. Гістероскопічну метропластику виконували під ендотрахеальним наркозом. Всі оперативні втручання проводили в фолікулярну фазу менструального циклу. Після розширення цервікального каналу до № 10,5 розширювача Гегара, в порожнину матки вводили гістерорезектоскоп, в якості рідинного середовища використовували розчин для іригації (турусол), який містить сорбіт і маніт. Висота контейнера над рівнем операційного поля не була вищою, ніж 60 см, що мінімізувало можливість внутрішньосудинної абсорбції препарату. Кількість розчину для іригації залежала від тривалості оперативного втручання. Петлею резектоскопа поступово з використанням монополярного струму в режимі чистого різання розсікали перегородку від вершини до основи, по її центру. Метою проведення гістерорезектоскопічної метропластики було досягнення трикутної форми порожнини матки – резекція перегородки проводилась до моменту візуалізації вічок маткових труб під одночасним лапароскопічним контролем за цілісністю стінки матки. Середня тривалість оперативного втручання склала  $26,1 \pm 5,5$  хв.
8. За результатами хірургічного лікування в досліджуваній групі пацієнок не відмічено жодного випадку негативного впливу та ускладнень при застосуванні іригаційної рідини – туросол, забезпечена добра видимість операційного поля, не відмічено жодних інших інтраопераційних ускладнень, таких як кровотеча, перфорація матки, термічне ушкодження чи перевантаження кров'яного русла рідиною. Середній час спостереження за пацієнтками після проведення гістероскопічної метропластики склав  $22,8 \pm 10,2$  місяці, частота настання вагітності склала 64,3%, частка народження живої дитини склала 70,4%.
9. Гістероскопічна метропластика, лапароскопія.
10. Пацієнтки із внутрішньоматковою патологією, а саме – з неповною матковою перегородкою.

11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Пирогова В.Г, Вереснюк Н.С, Голота Л.І. (0322722660).

### Реєстр. № 32/5/18

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОКАРНІТИНУ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ДИСГОРМОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ, ЩО ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові періоди (прикладна)», 0117U001075, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади акушерсько-гінекологічного профілю.
7. Розчин левокарнітину (Алміба) призначали внутрішньо за 30 хв. до вживання їжі у добовій дозі 2 г (20 мл) , розділений на 2 прийоми (10 мл у одному флаконі), курсом не менше 30 днів в комплексі з гестагенотерапією (мікронізований прогестерон вагінально у II фазу МЦ) та препаратами холекальциферолу у добовій дозі 2000 МО. На тлі продовження гестагенотерапії і прийому холекальциферолу курс лікування препаратом Алміба повторювали з інтервалом 2 місяці у добовій дозі 1 г (10 мл), курсом 30 днів. За даною методикою проліковано 54 пацієнтки (середній вік  $34,6 \pm 3,8$  років) з поєднаними доброякісними проліферативними захворюваннями репродуктивних органів. У всіх жінок виявлені обмінно-ендокринні порушення (ІМТ в середньому  $31,4 \pm 1,6$  кг/м<sup>2</sup>, дисліпідемія з підвищенням атерогенної фракції ліпопротеїдів низької щільності, індекс НОМА в середньому  $6,4 \pm 2,1$ ), в анамнезі ЗЗОМТ (53,7%), хронічний ендометрит (57,4%), порушення МЦ, репродуктивні втрати (48,2%), ендокринне безпліддя (35,2%). Комплекс обстежень включав, крім гінекологічного обстеження, УЗД органів малого тазу і молочних залоз, пайпель-біопсію ендометрія, визначення параметрів вуглеводного та ліпідного обмінів, антропометрію. Середній час спостереження за пацієнтками склав  $12,0 \pm 3,0$  місяці.
8. Застосування левокарнітину (Алміба) дозволило знизити рівень інсулінорезистентності на 45% (індекс НОМА в середньому  $3,5 \pm 1,4$ ) у 55,6% жінок, нормалізувати індекс НОМА у 27,8%, знизити ІМТ в середньому на  $1,3 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>, досягти регулярного МЦ у всіх пацієнток. Частота настання вагітності склала 72,2% у жінок з нереалізованими репродуктивними планами без застосування ДРТ. Побічних ефектів і відмови від прийому левокарнітину (Алміба) не зафіксовано. Запропонований спосіб метаболічної терапії левокарнітином (Алміба) забезпечує високу клінічну ефективність і комплаєнс пацієнток, що дозволяє його рекомендувати до застосування у жінок з порушеннями репродуктивної функції внаслідок перенесених ЗЗОМТ, поєднаних доброякісних проліферативних захворювань репродуктивних органів за наявності інсулінорезистентності, надлишкової маси тіла, порушень МЦ, безпліддя).
9. Розчин левокарнітину (Алміба), гестагенотерапія, холекальциферол.
10. Пацієнтки із поєднаними доброякісними проліферативними захворюваннями репродуктивної системи на тлі ожиріння, дисліпідемії, інсулінорезистентності.



11. Гіперчутливість до компонентів препарату, період лактації..
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Пирогова В.І., Шурпяк С.О. (0322722660).

#### Реєстр. № 33/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ДИСМНОРЕЇ.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові періоди (прикладна)», 0117U001075, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади акушерсько-гінекологічного профілю.
7. Комплексне лікування первинної дисменореї включало: супозиторії ректальні з діючою речовиною диклофенак 1 раз на добу; дротаверин 80 мг 3 рази на добу; фітопрепарат, що включає 4 унікальних потенціюючих один одного компоненти: агнус кастус (*Agnus castus*) 125.0 мг; апіс (*Apis mellifica*) 25.0 мг; пульсатилла (*Pulsatilla*) 25.0 мг; розмарин (*Rosmarinus officinalis*) 25 (2 таблетки 3 рази на добу); магній оксид 1 пакетик 1 раз на добу. Пацієнти з регулярним менструальним циклом комплексне лікування отримували за 3 дні до менструації і в перший день менструації, з нерегулярним менструальним циклом розпочинали в 1 день менструації і продовжували 4-5 днів протягом 3 менструальних циклів.
8. Аналіз результатів лікування виявив, що ефект терапії первинної дисменореї позитивно корелював з тривалістю періоду прийому запропонованого комплексу. Зниження больового синдрому і супутніх дискомфортних станів в першому циклі за оцінкою пацієнтками була відмічена вже у 23,5%, у 79,1% – після другого циклу терапії, у 88,9% – після третього циклу. Пропоноване комплексне лікування призводить до зменшення виразності больового синдрому та системних симптомів, нормалізує менструальний цикл, покращує та стабілізує функцію вегетативної нервової системи, значно підвищує якість життя пацієнток з дисменореєю.
9. Диклофенак (ректальні супозиторії), дротаверин, фітопрепарат, магній оксид, лікарі акушери-гінекологи.
10. Пацієнтки з первинною дисменореєю.
11. Гіперчутливість до компонентів фітопрепарату.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Пирогова В.І., Голота Л.І., Вереснюк Н.С. (0322722660).

#### Реєстр. № 34/5/18

1. **МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і

- збереження якості життя у різні вікові періоди (прикладна)», 0117U001075, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
  4. 2+,С.
  5. Немає.
  6. Впроваджено в медичні заклади акушер-гінекологічного профілю.
  7. Запропоновано ефективну поетапну комплексну терапію хронічного ендометриту, яка спрямована на ключові ланки патогенезу захворювання. Проведення етапного лікування з послідовною елімінацією інфекційного чинника із застосуванням антибіотиків широкого профілю на тлі ферментного препарату, який містить фібринолітик – стрептокіназу (15000 Мі) та протеолітик – стрептодорназу (1250 МО), відновлення балансу вітаміну D, корекція процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) шляхом стимуляції природних антиоксидантних систем. Інноваційним моментом при поетапному лікуванні хронічного ендометриту у жінок було використання вагінального та/або ректального шляхів введення лікарських засобів, що дозволило зменшити дози медикаментозних протизапальних середників при забезпеченні максимально ефективного впливу на вогнище ураження, знизило частоту розвитку побічних системних реакцій, не сприяло алергізації організму.
  8. Ефективність поетапного комплексного лікування пацієнок із хронічним ендометритом та порушеннями репродуктивної функції в цілому за сукупними параметрами оцінки ефективності (настання та доношування вагітності при безплідді та звичному невиношуванні) склала 81,0% при 34,6% за умови застосування традиційних лікувальних схем.
  9. Антибіотикотерапія, ферментний препарат.
  10. Пацієнти із дефектами зубів та зубних рядів при гіпертрофічному гінгівіті початкового ступеня.
  11. Немає.
  12. Не передбачається.
  13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
  14. Немає.
  15. Пирогова В.Г., Шурпак С.О. (03222603066).

#### Реєстр. № 35/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ КОМПЕНСАТОРНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ПЛОДА У ВІДПОВІДЬ НА СТРЕС МАТЕРІ.**
2. НДР «Оптимізація комплексної оцінки стану плода», 0117U222466, 2017-2022 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 126331. МПК А61В 5/16 (2006.01), G01N 33/49 (2006.01). Спосіб діагностики компенсаторних можливостей плода у відповідь на стрес матері / Жук С.І., Щуревська О.Д., Кондратюк В.К. заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201801451; заявл. 14.02.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Психологічне тестування вагітної жінки (анкетування з визначення соціально-демографічних і анамнестичних даних, визначення рівня тривожності за методом Спілберга-Ханіна, визначення рівня стресового навантаження за шкалою Холмса-Раге) з подальшим визначенням рівнів 2-х плацентарних циркулюючих мікроРНК – 21 і 210 (hsa-miR-21 і hsa-miR-210).

8. Оптимальна тактика ведення вагітності та пологів, покращення перинатальних результатів розродження за рахунок діагностики адаптаційних можливостей плода залежно від рівня материнського стресу.
9. Спектрофотометр NanoDrop ND1000; реверсивний транскрипційний набір КДН з високою ємністю.
10. Материнський стрес під час вагітності.
11. Немає.
12. При ретельному дотримуванні рекомендацій, ефективність заходів залежить лише від індивідуальних особливостей організму пацієнтки та плода.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Жук С.І., Щуревська О.Д., Кондратюк В.К.

#### **Реєстр. № 36/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ.**
2. НДР «Оптимізація комплексної оцінки стану плода», 0117U222466, 2017-2022 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127807. МПК А61В 5/0444 (2006.01), G01N 33/49 (2006.01). Спосіб діагностики стану плода під час пологів / Жук С.І., Пехньо О.В., Кондратюк В.К.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201801720; заявл. 21.02.2018; опубл. 27.08. 2018. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Проводиться аналіз даних кардіотокограми плода та визначення в крові плода рівня лактату.
8. Спосіб діагностики стану плода під час пологів має економічну доцільність, оскільки є новітньою технологією з оцінки стану плода та ведення пологів у жінок з групи високого перинатального ризику, дозволяє знизити питому вагу ускладнень вагітності, перинатальної захворюваності, смертності та малюкової інвалідності.
9. Аналізатор лактата, тест полоски.
10. Порушений стан плода під час пологів.
11. Немає.
12. При ретельному дотримуванні рекомендацій, ефективність заходів залежить лише від індивідуальних особливостей організму пацієнтки та плода.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Жук С.І., Пехньо Н.В., Кондратюк В.К. (0444605445).

#### **Реєстр. № 37/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ.**
2. НДР «Зниження частоти великих акушерських синдромів при вагітності високого ризику з позицій єдиного генезу шляхом впровадження патогенетично спрямованого комплексу профілактики та лікування», 0118U001138, 2018-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,В.

5. Патент України на корисну модель № 125540. МПК А61К 33/00, А61N 7/02 (2006.01), А61Р 15/02 (2006.01), А61Р 31/20 (2006.01). Спосіб профілактики розвитку плацентарної дисфункції у ВІЛ-інфікованих вагітних / Камінський В.В., Савченко С.Є., Коломійченко Т.В., Гервазюк О.І., Онищик Л.М., Рогава І.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. – № u201712772; заявл. 22.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики розвитку плацентарної дисфункції у ВІЛ-інфікованих вагітних шляхом проведення клініко-лабораторних досліджень, УЗД та призначення медикаментозної терапії, який відрізняється тим, що додатково визначають агрегаційну функцію тромбоцитів (до адреналіну, АДФ і колагену) та фактор Віллебранда і при підвищенні агрегаційної функції тромбоцитів до адреналіну >55 %, АДФ і колагену >60 % та активності фактора Віллебранда >150 %, призначають курс дипіридамолу по 25 мг три рази на добу за 1 годину до прийому їжі з 16 по 20 тижня вагітності, потім прийом діосміну 450 мг та гесперидину 50 мг два рази на добу під час їжі до 28 тижнів гестації з наступним повторним курсом дипіридамолу по 25 мг три рази на добу за 1 годину до прийому їжі з 28 по 32 тижні вагітності.
8. Даний спосіб дозволяє попередити розвиток плацентарної дисфункції у ВІЛ-інфікованих вагітних.
9. Агрегометр, коагулометр, розчини АДФ, адреналіну, колагену, вакутайнери з натрію цитратом, дипіридамолом, діофлан, маніпуляційна медична сестра, лікар-лаборант, лікар акушер-гінеколог.
10. Підвищення агрегаційної функції тромбоцитів до адреналіну >55 %, АДФ і колагену >60 % та активності фактора Віллебранда >150 % у ВІЛ-інфікованих вагітних.
11. Розповсюджений стенозуючий атеросклероз коронарних артерій, гострий інфаркт міокарда, декомпенсована серцева недостатність, артеріальна гіпотензія (колапс), тяжкі порушення серцевого ритму, нестабільна стенокардія, субаортальний стеноз, геморагічні діатези, захворювання зі схильністю до кровотеч (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки).
12. Ускладнення: головний біль, диспептичні явища, алергічні реакції, біль у м'язах, дуже рідко – підвищення схильності до кровотеч під час або після хірургічних втручань, в окремих випадках – розвиток тромбоцитопенії. Лікування: промивання шлунку, викликання блювання, застосування сорбентів. Припинення прийому препаратів перед оперативним втручанням, передопераційний та післяопераційний контроль кількості тромбоцитів.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Камінський В.В., Савченко С.Є., Коломійченко Т.В., Гервазюк О.І., Онищик Л.М., Рогава І.В.

#### **Реєстр. № 38/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ.**
2. НДР «Зниження частоти великих акушерських синдромів при вагітності високого ризику з позицій єдиного генезу шляхом впровадження патогенетично спрямованого комплексу профілактики та лікування», 0118U001138, 2018-2020 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 128781. МПК А61К 36/00. Спосіб лікування вагітних із вегетативною дисфункцією / Камінський В.В., Воробей Л.Г., Ткачук Р.Р.,

- Яцишин Р.І., Герич П.Р.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. – № u201803190; заявл. 27.03.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
  7. Запропонований спосіб лікування вагітних із вегетативною дисфункцією передбачає призначення вагітним із вегетативною дисфункцією фармакологічного гомеопатичного препарату, що містить комбінацію 3-х активних речовин (Гінкго білоба, Омела біла, Глід) у дозі 20 крапель 3 рази на день протягом одного місяця, починаючи з 6-8-го тижня вагітності, повторюючи 2 рази в першій та другій половині вагітності з інтервалом 4-6 тижнів, а також засоби фізичної та раціональної психотерапії у вигляді регламентації режиму дня, збільшення тривалості сну й денного відпочинку, включення ранкової зарядки та інших засобів фізичної реабілітації, таких як ЛФК, масаж, гідротерапія, голкорексфлексотерапія. Методи психологічної допомоги включали раціоналізацію сприйняття жінкою її особистого стану та стану майбутньої дитини.
  8. Запропонований лікувальний комплекс у складі базової терапії виявив позитивний вплив на стан вагітних, породіль і новонароджених дітей, сприяв зниженню гестаційних ускладнень і ускладнень під час пологів, скороченню термінів перебування жінок у стаціонарі та зниженню психоемоційної напруги матерів, що створює передумови для нормального перебігу перинатального періоду.
  9. Препарат, що містить комбінацію 3-х активних речовин (Гінкго білоба, Омела біла, Глід).
  10. Методика показана для лікування вегетативної дисфункції у вагітних з кардіоваскулярним ризиком.
  11. Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату.
  12. На початку лікування гомеопатичним препаратом симптоми наявного захворювання можуть тимчасово посилитися (первинна агравація). Це цілком нормальні прояви, що не потребують відміни препарату, але якщо такі явища не зникають, слід припинити прийом препарату та проконсультуватися з лікарем.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини. 02000, м. Київ, просп. Героїв Сталінграда, 16.
  15. Камінський В.В., Яцишин Р.І., Герич П.Р., Воробей Л.І., Ткачук Р.Р.

#### Реєстр. № 39/5/18

1. **СПОСІБ РАНЬОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ТІЛА МАТКИ В ЖІНОК ІЗ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ.**
2. НДР «Вдосконалення методів профілактики, діагностики та лікування захворювань репродуктивної системи жінки із застосуванням новітніх медичних та молекулярно-генетичних технологій», 0117U007494, 2018-2022 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 116765. МПК (2017.01) А61В 10/00, G01N 33/50 (2006.01). Спосіб раннього прогнозування ризику розвитку раку тіла матки в жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія / Запорожан В.М., Марічерда В.Г., Бикова Н.А., Бубнов В.В.; заявник і патентовласник Одеський національний медичний університет. – № u201610659; заявл. 24.10.2016; опубл. 12.06.2017. Бюл. № 11.
6. Не подавалась.

7. Встановлення ризику розвитку раку тіла матки в жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія проводилося шляхом визначення рівня метилювання промотора ДНК гена SFRP2 з використанням напівкількісного методу метилспецифічної полімеразної ланцюгової реакції, для чого виділяли ДНК із зразків тканини ендометрія, після чого проводили бісульфітну обробку ДНК (кількість ДНК у всіх пробах було доведено приблизно до 1 мкг/мл). За допомогою набору для ампліфікації за програмою 95<sup>0</sup>С – 15 хв; 95<sup>0</sup>С – 30 с, 50<sup>0</sup>С – для неметилюваної ДНК та 56<sup>0</sup>С – для метилюваної ДНК, 72<sup>0</sup>С – 30 с, 39 циклів; 72<sup>0</sup>С – 10 хв. було проведено ампліфікацію ДНК, після чого – електрофорез ПЛР-продуктів у 2% агарозному гелі, що показував наявність у досліджуваній пробі метилюваної або неметилюваної ДНК. ПЛР-продукти фарбували етидіум бромідом і аналізували відносний вміст метилюваної і неметилюваної ДНК за допомогою програми Quantity One 1D Analysis Software на приладі системи відеодокументації за формулою  $M (\%) = A \times 100 / A + B$ , де: А – площа піку метилюваної ДНК, В – площа піку неметилюваної ДНК, М – відносний вміст метилюваної ДНК.
8. Спосіб дозволяє прогнозувати ризик розвитку раку тіла матки у жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія на ранньому доклінічному етапі, коли в слизовій ще немає морфологічних, але є епігенетичні зміни (високий вміст метилюваної ДНК гена SFRP2), які характерні для онкотрансформації. Це дозволить виділяти серед жінок групу високого ризику розвитку раку ендометрія, проводити в них своєчасні лікувальні та профілактичні заходи, що, можливо, зменшить кількість жінок хворих на рак тіла матки у популяції.
9. Ендометрій, гіперпроліферативні процеси, реактив, набір для бісульфітної обробки ДНК, набір для ампліфікації ДНК, прилад для аналізу вмісту метилюваної і неметилюваної ДНК, лікар-лаборант, лікар-гінеколог, лабораторія.
10. Рання діагностика та прогнозування ризику розвитку раку тіла матки в жінок із гіперпроліферативними процесами ендометрія.
11. Немає.
12. Помилки, що можуть бути допущені при визначенні метилювання ДНК: погано виділена ДНК із зразків, помилка при проведенні бісульфітної обробки та ампліфікації (недотримання правил протоколу).
13. Одеський національний медичний університет. 65026, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Марічереда В.Г., Рожковська Н.М., Бикова Н.А. (0976431180), Бубнов В.В.

#### Реєстр. № 40/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ, ЯКИМ ПРОВОДИТЬСЯ ЕМБОЛІЗАЦІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ.**
2. НДР «Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях», 0117U005253, 2017-2021 рр.
3. Гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118435. МПК А61К 31/727 (2006.01), А61Р 15/00. Спосіб профілактики тромбоемболічних ускладнень у жінок з лейоміомою матки, яким проводиться емболізація маткових артерій / Литвиненко О.В., Громова А.М., Сакевич Р.П.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701555; заявл. 20.02.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.

6. Немає.
7. Спосіб профілактики тромбоемболічних ускладнень у жінок з лейоміомою матки, яким проводиться емболізація маткових артерій, що включає призначення антикоагулянтної терапії разом із еластичною компресією нижніх кінцівок, відрізняється тим, що у якості терапії застосовується препарат еноксапарин дозою 40 мг за 2 години до операції підшкірно з повторним введенням 40 мг через 12 годин, попередньо виключаються фактори ризику тромбоемболічних ускладнень та застосовуються пристрої для закриття артерії після ендovasкулярного втручання.
8. Позитивний ефект полягає в тому, що застосування низькомолекулярного гепарину еноксапарину коротким курсом при проведенні емболізації маткових артерій на фоні використання пристроїв для закриття артерій дозволяє ефективно попереджувати тромбоемболічні ускладнення без ризику утворення гематом чи псевдоаневризми в ділянці пункції артерії. Низькомолекулярні гепарини не чинять негативного впливу на результат емболізації маткових артерій, не впливають на редукцію розмірів матки та показники якості життя жінок з лейоміомою матки після ендovasкулярного лікування.
9. Препарат еноксапарин; пристрій для закриття артерії після ендovasкулярного втручання.
10. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у жінок з лейоміомою матки, яким проводиться емболізація маткових артерій.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Громова А.М., Литвиненко О.В., Тарасенко К.В. (0999496745).

#### Реєстр. № 41/5/18

1. **МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ ШИЙКИ МАТКИ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ ЩОДО ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА БІОХІМІЧНИМИ МАРКЕРАМИ.**
2. НДР «Роль хронічного інфікування матки та нижніх відділів статевих шляхів у формуванні акушерської та гінекологічної патології», 0117U005276, 2017-2021 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 115297. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб оцінки стану шийки матки у вагітних групи ризику щодо істміко-цервікальної недостатності / Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Магамедов О.М., Бондаренко О.М., Коваленко Т.М., Буткова О.І., Сюдмак О.Р.; заявник і патентовласник Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Державний заклад «Луганський державний медичний університет». – № u201611026; заявл.02.11.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 7.
6. Ліхачов В.К. Гормональна діагностика в акушерстві і гінекології: Керівництво для лікарів / В.К.Ліхачов. Розділ «Невиношування вагітності». – Полтава: Дивосвіт, 2017. – С. 139 – 146.
7. Запропонований метод оцінки стану шийки матки у вагітних групи ризику щодо істміко-цервікальної недостатності за біохімічними маркерами включає визначення в сироватці крові таких жінок: маркеру синтезу сполучної тканини TOTAL P1NP (норма 15,1-58,3 нг/мл), іонізованого Mg<sup>2+</sup> (норма 0,66-0,99 ммоль/л), іонізованого Ca<sup>2+</sup> (норма 1,05-1,32 ммоль/л) та загального Ca (норма 2,15-2,50 ммоль/л). При фізіологічній концентрації в сироватці крові вищенаведених показників ризик

структурних змін шийки матки є мінімальним, що дозволяє проводити антенатальне спостереження за станом вагітної згідно з чинним клінічним протоколом. В разі виявлення відносної або абсолютної гіпомагніємії виникає висока вірогідність вкорочення шийки матки з одночасним формуванням істміко-цервікальної недостатності (ЩН), що є показанням до проведення відповідного превентивного лікування.

8. Медичні: метод дає можливість за допомогою біохімічного дослідження вмісту наведених маркерів прогнозувати формування істміко-цервікальної недостатності у вагітних групи ризику і об'єктивно обґрунтувати необхідність попередження ЩН шляхом превентивного лікування; соціальні: можливість попередити виникнення істміко-цервікальної недостатності для профілактики народження недоношених дітей, які складають групу ризику щодо формування різноманітної тяжкої патології в подальшому; економічні: зниження матеріальних витрат на лікування недоношених дітей, а в подальшому – на утримання дітей-інвалідів.
9. Біохімічний аналізатор для дослідження рівнів іонів в сироватці крові.
10. Вагітні групи ризику щодо істміко-цервікальної недостатності.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».
15. Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Магамедов О.М., Ліхачов В.К. (0952212112), Добровольська Л.М.

#### Реєстр. № 42/5/18

1. **УЛЬТРАЗВУКОВІ ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИНИКНЕННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ В ІІ ТРИМЕСТРІ.**
2. НДР «Роль хронічного інфікування матки та нижніх відділів статевих шляхів у формуванні акушерської та гінекологічної патології», 0117U005276, 2017-2021 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115797. МПК (2017.01) А61В 8/00, А61В 1/303 (2006.01), G01N 35/00. Спосіб прогнозування змін стану шийки матки у вагітних з істміко-цервікальною недостатністю / Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Лук'янова І.С., Дзюба О.М., Бондаренко О.М., Коваленко Т.М., Буткова О.І., Сюдмак О.Р.; заявник і патентовласник Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Державний заклад «Луганський державний медичний університет». – № u201611857 заявл.23.11.2016; опубл. 25.04.2017. Бюл.№ 8.
6. Ліхачов В.К. Практична гінекологія з невідкладними станами: Керівництво для лікарів. Розділ «Невиношування вагітності» – М.: МІА, 2013 – С. 750 – 786. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / А.Г.Корнацька, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко, В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська та ін. – Київ, 2017. – 272 с.
7. Для прогнозування загрози виникнення істміко-цервікальної недостатності у вагітних проводиться трансвагінальне ультразвукове дослідження, під час якого визначаються: відношення довжини шийки матки (ШМ) до її діаметра на рівні внутрішнього вічка; відсоток ширини деформації до довжини шийки матки при наявності Y-, V- чи U-подібної деформації внутрішнього вічка; наявність розширених вен у венозних сплетіннях; кашльовий тест. Відношення довжини ШМ до її діаметра, що дорівнює 1,53 та більше, відсутність Y-, V- чи U-подібної



деформації внутрішнього вічка цервікального каналу, відсутність розширених вен у венозних сплетіннях і негативний кашльовий тест є ознакою фізіологічного обтураційного стану ШМ. Відношення довжини ШМ до її діаметра в межах 1,17-1,52, наявність Y-, V- чи U-подібної деформації внутрішнього вічка при відсотку ширини деформації до довжини ШМ 39% та менше, а також відсутність розширених вен у венозних сплетіннях і негативний кашльовий тест є діагностичним критерієм загрози виникнення істміко-цервікальної недостатності і потребує динамічного спостереження за станом ШМ та призначення консервативної патогенетично обґрунтованої терапії. Відношення довжини ШМ до її діаметра 1,16 та менше, наявність Y-, V- чи U-подібної деформації внутрішнього вічка при відсотку ширини деформації до довжини ШМ 40% та більше, а також наявність розширених вен у венозних сплетіннях і позитивний кашльовий тест є достовірною ознакою істміко-цервікальної недостатності і потребує накладання циркулярного шва на ШМ.

8. Медичні: можливість прогнозування виникнення істміко-цервікальної недостатності і достовірне обґрунтування необхідності консервативного чи хірургічного лікування даної патології; соціальні: збереження і пролонгування вагітності при істміко-цервікальній недостатності, профілактика передчасного народження дітей з екстремально низькою вагою, зниження ризику виникнення у таких дітей інвалідизуючої патології; економічні: зниження матеріальних витрат на лікування передчасно народжених дітей, а в подальшому – на утримання дітей-інвалідів.
9. Ультразвуковий апарат з вагінальним датчиком та відповідною комп'ютерною програмою, кваліфікований лікар УЗД.
10. Вагітні групи ризику по невиношуванню.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».
15. Жабченко І.А., Олешко В.Ф., Дзюба О.М., Ліхачов В.К. (0952212112), Добровольська Л.М.

#### Реєстр. № 43/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Розробка, вдосконалення та впровадження нових методів діагностики та лікування доброякісних пухлин та захворювань матки і додатків у жінок різного віку з асоційованою ендокринною патологією», 0116U003040, 2016-2018 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122567. МПК 15/00, А61Р 3/00. Спосіб лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом / Семенюк Л.М., Дем'яненко Л.В., Ларіна О.В.; заявник та патентовласник Український науково-практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. – № u201708967; заявл. 08.09.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб дозволить оптимізувати методи профілактики рецидивів лейоміоми матки та покращить репродуктивне здоров'я у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом. У жінок репродуктивного віку після проведеного

- органозберігаючого хірургічного лікування лейоміоми матки на тлі метаболічного синдрому призначається інгібітор ароматази в дозі 2,5 мг щоденно з 3-го по 10-й день циклу та бігуанід – метформін в дозі 850 мг 2 рази в день протягом 3-6 місяців.
8. Очікуваний ефект: медичний: покращення антропометричних показників за рахунок зниження індексу маси тіла, об'єму талії, показників вуглеводного обміну, оптимізація співвідношення ЛГ/ФСГ, відновлення овуляторного менструального циклу за рахунок зниження рівня позагонадних естрогенів та інсулінорезистентності, покращення регенераційного потенціалу матки; соціальний: відновлення та збереження репродуктивної функції; економічний: зниження матеріальних витрат на застосування методик ДРТ, збереження та відновлення природної фертильності.
  9. Інгібітор ароматази в дозі 2,5 мг, бігуанід – метформін в дозі 850 мг 2 рази в день протягом 3-6 місяців.
  10. Відновлення репродуктивного здоров'я у жінок репродуктивного віку після проведеного органозберігаючого хірургічного лікування лейоміоми матки на тлі метаболічного синдрому.
  11. Непереносимість інгібіторів ароматази та метформіну.
  12. Захворювання печінки клас С за шкалою Чайлда – П'ю, ендокринний статус, характерний для передменопаузального періоду.
  13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 02091, м. Київ, Кловський узвіз 13-А.
  14. Немає.
  15. Семенюк Л.М., Дем'яненко Л.В., Ларіна О.В.

#### Реєстр. № 44/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Стан репродуктивного здоров'я та сексуальна дисфункція у жінок різного віку із дефіцитом андрогенів. Розробка критеріїв діагностики», 0119U001422, 2018-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130646. МПК А61К 31/00, А61К 36/00 А61З 15/00. Спосіб корекції сексуальної дисфункції у жінок репродуктивного віку з постгістектомічним синдромом / Семенюк Л.М., Дем'яненко Л.В., Яроцька К.М.; заявник та патентовласник Український науково-практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. – № u201802357; заявл. 07.03.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. У жінок в постопераційному періоді призначається селективний модулятор стероїдних рецепторів препарат тиболон по 2,5 мг на добу, та рослинний препарат трибестан по 1 таблетці 2 рази на добу курсом 6 місяців, після чого призначають підтримуючу дозу препарату трибестан по 1 таблетці на добу протягом року.
8. Очікуваний ефект: медичний: покращення стану слизових оболонок уrogenітального тракту, відсутність депресивних розладів, пов'язаних із гормональним дефіцитом, запобігання ранній маніфестації остеопорозу та покращення регенераційного потенціалу кісток. Соціальний: відновлення та збереження сексуальної функції. Економічний: зниження матеріальних витрат на лікування переломів, збереження працездатності жіночого населення репродуктивного віку після оперативного видалення матки..

9. Селективний модулятор естрогенових, прогестеронових та андрогенових рецепторів тіболон в дозі 2,5 мг, рослинний препарат трибестан по 1 таблетці 2 рази на добу курсом 6 місяців. Підтримуюча доза трибестану – по 1 таблетці на добу протягом року.
10. Відновлення сексуального здоров'я жінок репродуктивного віку із постгістеректомічним синдромом.
11. Непереносимість компонентів препаратів. Для трибо лону – тромбоемболічні захворювання артерій в анамнезі, серцево-судинна недостатність у стадії декомпенсації, гостре захворювання печінки або захворювання печінки в анамнезі, після якого показники функції печінки не повернулися до норми, печінкова недостатність, порфірія, отосклероз, що виник під час вагітності або при лікуванні гормональними препаратами.
12. Непереносимість складових частин препаратів.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 02091, м. Київ, Кловський узвіз 13-А.
14. Немає.
15. Семенюк Л.М., Дем'яненко Л.В., Яроцька К.М.

#### Реєстр. № 45/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЕНДОМЕТРІОЗ ЯЄЧНИКІВ, З ВИКОРИСТАННЯМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичні особливості та шляхи корекції патологічних станів репродуктивної системи жіночого організму у різні вікові періоди», 0116U004978, 2016-2018 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120148. МПК А61К 35/54, А61Р 15/08. Спосіб лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз яєчників, з використанням допоміжних репродуктивних технологій / Феськов В.О., Тучкіна І.О., Благовещенський Є.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201703860; заявл. 19.04.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Спосіб лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз яєчників, з використанням допоміжних репродуктивних технологій включає хірургічне лікування, контрольовану стимуляцію яєчників, перенесення ембріона в циклі кріоконсервації. A method of treating infertility in women with endometriosis in ovaries with the use of auxiliary reproductive technologies includes surgical treatment, controlled ovarian stimulation, embryo transfer in the cryopreservation cycle.
7. Спосіб лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз яєчників, з використанням допоміжних репродуктивних технологій, який включає хірургічне лікування, контрольовану стимуляцію яєчників, перенесення ембріона в циклі кріоконсервації, який відрізняється тим, що на 2-3 день менструального циклу за даними ультразвукової діагностики оцінюють стан фолікулогенезу шляхом виміру кількості антральних фолікулів в кожному яєчнику та за даними імуноферментного дослідження оцінюють стан оваріального резерву шляхом виміру рівня антимюлерового гормону та фолікулостимулюючого гормону, при діагностуванні порушення фолікулогенезу та зниження оваріального резерву виконують програму допоміжних репродуктивних технологій з використанням подвійної контрольованої стимуляції яєчників з сумарною дозою препаратів із розрахунку на рекомбінантні гонадотропіни  $2550 \pm 300$  ОД, контрольовану стимуляцію яєчників виконують до

хірургічного лікування ендометріозу, а перенос ембріона в циклі кріоконсервації виконують після проведеного оперативного втручання, яке здійснюють шляхом виконання цистектомії з використанням аргонної лазерної коагуляції, при цьому порушення фолікулогенезу та зниження оваріального резерву діагностують при відхиленні кількості антральних фолікулів в яєчнику та рівнів антимюлерового гормону і фолікулостимулюючого гормону в крові від вікової норми.

8. Медичні – підвищення ефективності лікування безпліддя у жінок з ендометріозом яєчників. Соціальні – покращення якості життя хворих на ендометріоз яєчників. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування безпліддя у жінок з ендометріозом яєчників
9. Реактиви для визначення у сироватці крові рівнів ФСГ, лютеїнізуючого гормону, АМГ, естрадіолу, пробірки-епіндорф, ультразвуковий апарат, аргонний лазер, лікар-лаборант, гінеколог.
10. Ендометріоз яєчників.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Феськов В.О., Тучкіна І.О., Благовещенський Є.В.

## **АЛЕРГОЛОГІЯ ТА ІМУНОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 46/5/18**

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ІМУНОКОМПЛЕКСНОГО УРАЖЕННЯ.**
2. НДР «Вивчити особливості проявів ендотеліальної дисфункції у хворих з хронічною бронхообструкцією та можливості її корекції в процесі відновлювального лікування», 0117U000871.
3. Лабораторна діагностика, терапія, сімейна медицина-загальна практика.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128478. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб оцінки вираженості імунокомплексного ураження / Лемко О.І.; заявник і патентовласник Державна установа «Науково-практичний медичний центр “Реабілітація” МОЗ України». – № u201800466; заявл. 17.01.2018; опубл. 25.09.2018. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Хронічне запалення різного ступеня інтенсивності супроводжує дуже багато нозологій як інфекційного, так і неінфекційного генезу. Одним із провідних патогенетичних факторів виникнення, персистенції і прогресування хронічного запалення є зміни у функціонуванні імунної системи, пов’язані як з клітинними так і неклітинними механізмами, порушеннями в балансі про- і протизапальних цитокінів, розвитком аутоімунних реакцій тощо. Виникнення аутоімунних реакцій різного ступеня вираженості є закономірним наслідком хронічного запального процесу, а одним з найбільш поширених механізмів реалізації цих реакцій є імунокомплексні ураження. Утворення підвищеної концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) спостерігається при більшості хронічних запальних процесів, тому виникає необхідність в їх динамічному контролі як з метою оцінки важкості перебігу захворювання та його прогнозу, так і для контролю адекватності та ефективності лікування. Крім того, на сьогодні доведено, що патогенетична роль ЦІК у великій мірі залежить від їх розмірів. Великомолекулярні ЦІК з константою седиментації (КС) більше 19S активують комплемент класичним шляхом, швидко фагоцитуються і елімінуються фагоцитарними клітинами, тому є відносно

малопатогенними. Середньомолекулярні ЦК з константою седиментації 11-19S формуються при надмірній кількості антигену, тривалий час циркулюють в крові і при підвищеній концентрації в крові запускають імунopatологічні процеси, тому вважаються найбільш патогенними. ЦК малого розміру з константою седиментації менше 11S не активують систему комплементу, тому погано елімінуються фагоцитами і тривалий час циркулюють в крові. Вони здатні відкладатись під ендотелієм судин, викликати дистрофічні зміни в судинній стінці, депонуються в різних тканинах, беруть участь у розвитку запальних процесів і можуть виступати показником тяжкості захворювання. Тому визначення концентрації ЦК як загальних, так і, особливо, пофракційно є вельми актуальним. Відомо декілька методів визначення ЦК і залежно від застосованої методики результат виражається в умовних одиницях, в одиницях оптичної щільності, в г/л або ж у відсотках. Але в будь-якому випадку методики є нестандартизованими і тому порівнювати результати досліджень в різних лабораторіях неможливо. У зв'язку з цим постає питання розробки способу (методу), який би давав можливість оцінювати вираженість імуноткомплексних уражень та проводити порівняння результатів, отриманих за допомогою різних методик. З цією метою пропонується розраховувати коефіцієнт імунного ураження ( $K_{IKY}$ ), який полягає в тому, що результат обстеження пацієнта ділиться на рівень даного показника у практично здорових осіб (норму) згідно конкретної методики лабораторії. Розрахунок коефіцієнту імуноткомплексного ураження ( $K_{IKY}$ ), проводиться наступним чином: 1) визначається рівень ЦК малого розміру ( $ЦК_M$ ) (константа седиментації менше 11S) у хворого і отриманий результат ділиться на вміст  $ЦК_M$  у практично здорових осіб ( $N_{ЦК_M}$ ); 2) визначається рівень середньомолекулярних ЦК ( $ЦК_C$ ) у хворого і отриманий результат ділиться на вміст  $ЦК_C$  у практично здорових осіб ( $N_{ЦК_C}$ ); 3) обчислення проводиться за формулою:  $K_{IKY} = \frac{ЦК_M}{N_{ЦК_M}} + \frac{ЦК_C}{N_{ЦК_C}}$ .

Згідно з нашими дослідженнями у практично здорових осіб даний коефіцієнт дорівнює  $1,94 \pm 0,07$ , причому частка  $ЦК_M$  складає  $1,01 \pm 0,04$ , а  $ЦК_C$  –  $0,92 \pm 0,05$ . Збільшення величини  $K_{IKY}$  понад 2 од. можна вважати показником наявності імуноткомплексних уражень. Ділення результату обстеження пацієнта на норму даної лабораторії дозволяє порівнювати результати досліджень в різних лабораторіях і оцінювати вираженість змін в процесі лікування. Крім того, розрахунок за даною формулою дає можливість також оцінити вираженість уражень за рахунок підвищення рівня середньомолекулярних ЦК або ж малих ЦК і відповідно коректувати комплекс лікування. Збільшення відношення  $ЦК_M/N_{ЦК_M}$  понад 1,1, а відношення  $ЦК_C/N_{ЦК_C}$  – більше одиниці слід вважати діагностично значущим.

8. Розрахунок даного співвідношення дає можливість уніфікувати оцінку вираженості імуноткомплексних уражень при використанні різних методик визначення ЦК при різних нозологічних формах, виявити переважні механізми розвитку таких реакцій та відповідно корегувати лікувальний процес.
9. Реактиви та лабораторне обладнання для визначення рівня циркулюючих імунних комплексів.
10. Діагностика і моніторинг вираженості імуноткомплексних реакцій при різних нозологічних формах.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко О.І., Кополовець Т.В. (0312637462).

## Реєстр. № 47/5/18

1. **РИЗИК АУТОІМУННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ ТА ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.**
2. НДР «Дослідження взаємозв'язку апоптозу нейтрофілів і фагоцитарно-лімфоцитарних механізмів із ступенем активності та клінічними проявами у хворих на системні захворювання сполучної тканини», 0115U000055, 2015-2017 рр.
3. Клінічна імунологія та алергологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в профільні медичні заклади охорони здоров'я.
7. Проведений клінічний, інструментальний, морфологічний, імуногістохімічний аналіз клінічних випадків панкреатиту з панкреонекрозом та перитонітом вказував на раннє утворення нейтрофільних пасток, які оточували некротичні ділянки. Необхідно враховувати віддалені наслідки надмірної кількості нейтрофільних пасток навколо зони запалення. Це пов'язано з тим, що продукти протеолітичного розщеплення у великій кількості можуть виявлятися у псевдокістах підшлункової залози, а відмираючі клітини здатні модулювати імунну відповідь. Наявність інкапсуляції при гострому захворюванні, яку діагностовано під час ультразвукового дослідження, КТ, чи МРТ, свідчить про наявність передумов розвитку аутоімунного захворювання.
8. Предикативна оцінка ризику розвитку аутоімунних та септичних ускладнень за умов гострого запалення органів черевної порожнини, зокрема підшлункової залози.
9. Мікроскопічні дослідження, спіральна комп'ютерна томографія черевної порожнини, ультразвукове дослідження, МРТ.
10. Хворі з гострим панкреатитом та панкреонекрозом.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Білий Р.О. (0504301417), Чоп'як В.В., Федоров В.Ю., Думич Т.І., Вовк В.І., Геррманн М.

## АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

### Реєстр. № 48/5/18

1. **СКЛАД ТА ОБ'ЄМ ПЕРИОПЕРАТИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З НЕВІДКЛАДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Нововведення стосується оптимізації періоперативної інфузійної терапії шляхом рестрикції (обмеження) загального об'єму інфузії збалансованими кристалоїдними розчинами у хворих середнього ступеня хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини.

8. Вищезазначений спосіб сприяє підвищенню якості інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення у хворих середнього ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини, що надає можливість зменшити застосування інфузійних, найбільш фізіологічних, розчинів у периоперативному періоді, сприяє зниженню частоти післяопераційних ускладнень та скороченню терміну перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та в стаціонарі, покращенню кінцевих результатів лікування та якості життя хворих.
9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, збалансовані кристалоїдні інфузійні розчини, оснащення для проведення внутрішньовенної інфузії.
10. Проведення периоперативної інфузійної терапії у хворих з невідкладною патологією органів черевної порожнини.
11. Стани, що супроводжуються важкими вітальними порушеннями (гостра та велика за об'ємом крововтрата, серцево-судинна недостатність, що потребує призначення вазопресорів).
12. Запропонований спосіб не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих, і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
14. Немає.
15. Клигуненко О.М. (0503614270), Кравець О.В. (0675641822).

#### Ресстр. № 49/5/18

1. **СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРИОПЕРАТИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ ХІРУРГІЧНОГО РИЗИКУ ПРИ НЕВІДКЛАДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Нововведення стосується оптимізації периоперативної інфузійної терапії шляхом проведення цілеспрямованої (гемодинамічної) інфузії у хворих середнього ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини.
8. Вищезазначений спосіб сприяє підвищенню якості інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення у хворих високого ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини, що надає можливість цільового призначення інфузійних розчинів та вазопресорів під контролем гемодинамічних показників у периоперативному періоді, сприяє зниженню частоти післяопераційних ускладнень та скороченню терміну перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та в стаціонарі, покращенню кінцевих результатів лікування та якості життя хворих.
9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, реографічний моніторинг показників центральної гемодинаміки, інфузійні розчини, оснащення для проведення внутрішньовенної інфузії, вазопресори.
10. Проведення периоперативної інфузійної терапії у хворих з невідкладною патологією органів черевної порожнини.
11. Немає.

12. Запропонований спосіб не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих, і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
14. Немає.
15. Клигуненко О.М. (0503614270), Кравець О.В. (0675641822).

#### **Реєстр. № 50/5/18**

1. **СПОСІБ ПЕРИОПЕРАТИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ХІРУРГІЧНОГО РИЗИКУ ПРИ НЕВІДКЛАДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Нововведення стосується оптимізації періоперативної інфузійної терапії шляхом рестрикції (обмеження) загального об'єму інфузії у хворих середнього ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини.
8. Вищезазначений спосіб сприяє підвищенню якості інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення у хворих середнього ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини, що надає можливість зменшити застосування інфузійних розчинів у періоперативному періоді, сприяє зниженню частоти післяопераційних ускладнень та скороченню терміну перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та в стаціонарі, покращенню кінцевих результатів лікування та якості життя хворих.
9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, інфузійні розчини, оснащення для проведення внутрішньовенної інфузії.
10. Проведення періоперативної інфузійної терапії у хворих з невідкладною патологією органів черевної порожнини.
11. Стани, що супроводжуються важкими вітальними порушеннями (гостра та велика за об'ємом крововтрата, серцево-судинна недостатність, що потребує призначення вазопресорів).
12. Запропонований спосіб не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих, і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
14. Немає.
15. Клигуненко О.М. (0503614270), Кравець О.В. (0675641822).

#### **Реєстр. № 51/5/18**

1. **СПОСІБ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЇ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.



3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Нововведення стосується оптимізації анестезіологічного забезпечення та післяопераційного періоду при лапароскопічних операціях у гінекології шляхом введення інтраопераційно субнаркоотичних доз кетаміну.
8. Вищезазначений спосіб сприяє підвищенню якості анестезіологічного забезпечення та післяопераційного знеболювання у пацієнтів при лапароскопічних операціях у гінекології, що надає можливість зменшити застосування анальгетиків у післяопераційному періоді, сприяє зниженню частоти післяопераційних ускладнень та скороченню терміну перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та в стаціонарі, покращенню кінцевих результатів лікування та якості життя хворих.
9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, розчин кетаміну.
10. Проведення загальної анестезії під час оперативних втручань у гінекології.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів кетаміну; артеріальна гіпертензія (АТ >180/100 мм рт. ст.); прееклампсія, еклампсія; гіпертиреоз; психічні захворювання (шизофренія, гострий психоз).
12. Запропонований спосіб не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих, і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
14. Немає.
15. Клигуненко О.М. (0503614270), Халімончик В.В. (0509002712).

#### **Реєстр. № 52/5/18**

1. **СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ПЕРИПАРТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія; акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Нововведення присвячене покращенню результатів лікування у вагітних, роділь та породіль в перипартальному періоді шляхом застосування збалансованих кристалоїдних розчинів в інфузійній терапії. Застосування збалансованого кристалоїдного розчину усуває гіпергідратацію, яка сформувалася при вагітності з нормальним перебігом, за рахунок нормалізації як об'єму інтерстиціальної, так і внутрішньоклітинної рідини на 3 добу післяпологового періоду.
8. Медична ефективність: вищезазначений спосіб забезпечує підвищення ефективності інфузійної терапії; попереджає розвиток гіпергідратації, знижує частоту і кількість ускладнень в перипартальному періоді. Соціальна ефективність: застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз пацієток, а також дозволить відвернути появу нових ускладнень. Економічна ефективність: запропонований спосіб дозволить скоротити час перебування у відділенні інтенсивної терапії.

9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; лікарі акушер-гінекологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, кристалоїдний збалансований розчин, оснащення для проведення внутрішньовенної інфузії.
10. Проведення інфузійної терапії у вагітних, роділь та породіль в перипартальному періоді.
11. Немає.
12. Побічні реакції та ефект пов'язані з неправильним застосуванням та дозуванням лікарських засобів. Необхідно чітко дотримуватися схеми дозування та застосування лікарського засобу згідно інструкції виробника.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
14. Немає.
15. Седінкін В.А. (0661788550), Клигуненко О.М. (0503614270).

### Реєстр. № 53/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРІЙ МАСИВНІЙ КРОВОВТРАТІ В АКУШЕРСТВІ.**
2. НДР «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорії на догоспітальному та госпітальному етапах», 0113U006504, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія; акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128085. МПК А61К 38/36 (2006.01), А61Р 7/04 (2006.01). Спосіб профілактики синдрому поліорганної недостатності при гострій масивній акушерській крововтраті / Седінкін В.А., Клигуненко О.М., Кравець О.В.; заявник і патентовласник Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». – № u201804646; заявл. 26.04.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Не подавалась.
7. Нововведення присвячене покращенню результатів лікування у жінок з масивною акушерською кровотечею за рахунок зменшення частоти виникнення синдрому поліорганної недостатності шляхом застосування концентрату протромбінового комплексу в програмі інфузійно-трансфузійної терапії масивної акушерської кровотечі. Спосіб здійснюють таким чином: після встановлення діагнозу масивна акушерська кровотеча (гостра крововтрата з дефіцитом ОЦК понад 30%) та лабораторного підтвердження тяжкої гіпокоагуляції (зокрема, рівень фібриногену менше 2 г/л, протромбіновий індекс менше 60%, міжнародне нормалізаційне співвідношення більше 2,0) поряд з проведенням медикаментозної терапії призначають препарат концентрату протромбінового комплексу «Октаплекс» з розрахунку 20-25 МО/кг внутрішньовенно.
8. Медична ефективність: вищезазначений спосіб забезпечує підвищення ефективності інфузійно-трансфузійного забезпечення; попереджає розвиток неконтрольованої коагулопатії, що дозволяє зменшити об'єм крововтрати; зменшує загальний об'єм інфузійно-трансфузійних середовищ, що використовуються в лікуванні кровотечі; знижує частоту і кількість ускладнень в післяпологовому періоді. Соціальна ефективність: застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить відвернути появу нових ускладнень. Економічна ефективність:

- запропонований спосіб дозволить скоротити час перебування у відділенні інтенсивної терапії та зменшити собівартість лікування.
9. Лікарі-анестезіологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; лікарі акушери-гінекологи II, I та вищої кваліфікаційної категорії; медична сестра, концентрат протромбінового комплексу людини (Октаплекс).
  10. Профілактика та лікування коагулопатії при акушерських кровотечах, що супроводжується крововтратою від 30% ОЦК та більше.
  11. Гіперчутливість до активних речовин або будь-якої допоміжної речовини, що входять до складу концентрату протромбінового комплексу людини (Октаплекс).
  12. Побічні реакції та ефект пов'язані з неправильним застосуванням та дозуванням лікарських засобів. Необхідно чітко дотримуватися схеми дозування та застосування лікарського засобу згідно інструкції виробника.
  13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (056) 231-22-51.
  14. Немає.
  15. Седінкін В.А. (0661788550), Клигуненко О.М. (0503614270).

### Реєстр. № 54/5/18

1. **СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ АОРТОКО-РОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ, ЩО ПРОВОДЯТЬСЯ В УМОВАХ ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ.**
2. НДР «Розробка організаційних і клінічних аспектів підвищення рівня безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивної терапії», 0114U002223, 2014-2018 рр.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 127115. МПК А61М 21/00, А61К 31/167 (2006.01), А61Р 23/00. Спосіб анестезіологічного забезпечення при операціях аортокоронарного шунтування, що проводяться в умовах штучного кровообігу / Лоскутов О.А., Данчина Т.А., Колесников В.Г., Дружина О.М.; заявник і патентовласник НМАПО імені П. Л. Шупика. – № u201804159; заявл. 16.04.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Аортокоронарне шунтування (АКШ) – це найбільш практикуюча операція кардіохірургії у країнах світу. В Україні на теперішній час проводиться приблизно 394 кардіохірургічні операції на 1 млн. наприкінці 2011 року, що складає 17997 операцій. При можливому припущенні стабільного рівня захворюваності, прогнозується збільшення кількості АКШ більш ніж на 50% між 2006 і 2025 рр. Отже, єдиним ефективним методом, що рятує життя таких пацієнтів, є хірургічне втручання, а анестезіологічне забезпечення повинно забезпечувати ефективний захист пацієнта і максимально швидко реабілітацію. У наш час, використання потужних наркотичних анальгетиків залишається невід'ємною частиною фактично будь-якого анестезіологічного забезпечення, що забезпечує достатній анальгетичний ефект і не викликає серйозних гемодинамічних порушень. Але інтраопераційне застосування рутинних, загальноприйнятих доз опіоїдів (від 10 до 25 мкг/кг на весь час оперативного втручання), може стати причиною добре відомих побічних ефектів: респіраторна депресія, ретенція сечопускання, пролонгація парезу кишківника, а також, може бути пов'язана з післяопераційною гіпералгією та підвищеною потребою в знеболенні, що нерідко приводить до формування хронічного больового синдрому. Задача винаходу полягає в запобіганні вищезазначених недоліків. Поставлена задача вирішується тим, що у відомому

способі анестезіологічного забезпечення при операціях аортокоронарного шунтування, що проводяться в умовах штучного кровообігу шляхом проведення мультимодальної анестезії на основі лідокаїну, кетаміну, севофлурану та фентанілу, згідно з корисною моделлю, лідокаїн є базовим анальгетиком, який вводять внутрішньовенно, а фентаніл застосовують як допоміжний опіоїд у дозуванні 1,2 – 1,5 мкг/кг на весь час анестезіологічного забезпечення.

Спосіб здійснюється таким чином:

- індукція в наркоз проводиться шляхом внутрішньовенного введення (в/в) пропофолу в дозі  $1,52 \pm 0,05$  мг/кг, який вводиться по 40 мг з проміжком 10-15 сек.;
  - після введення гіпнотика, в/в вводиться фентаніл в дозі 1 мкг/кг і м'язовий релаксант;
  - проводиться інтубація трахеї;
  - для підтримання анестезії використовується інгаляція севофлурану по напівзакритому контуру з цільовим підтриманням його концентрації згідно вікового показника МАК. Цільову концентрацію севофлурану розраховують за формулою:  $МАК_{awake} = 0,34 \times МАК_{Stabl.} \times 2$ ;
  - перед початком оперативного втручання в/в додається субнаркотична доза кетаміну (0,5 мг/кг) та лідокаїн 1 мг/кг болюсно, з одночасним налагодженням безперервної внутрішньовенної інфузії останнього у дозі 1,5 - 2 мг/кг/год. Внутрішньовенну інфузію лідокаїну продовжують по ходу всієї операції до надходження пацієнта в палату інтенсивної терапії.
  - потенціювання анальгезії під час оперативного втручання проводиться введенням фентанілу у дозі  $1,09 \pm 0,03$  мкг/кг/год. (в середньому  $358,3 \pm 27,1$  мкг на весь час оперативного втручання).
8. Мультимодальна малоопіодна методика знеболювання, забезпечує адекватний анальгезуючий ефект під час хірургічного втручання, та дозволяє відмовитися від інтраопераційного застосування високих доз наркотичних анальгетиків при виконанні високотравматичних операцій, що підтверджується відсутністю гемодинамічних і ендокринно – метаболічних порушень при її використанні. При використанні мультимодальної малоопіодної методики, на основі севофлурану, субнаркотичних доз кетаміну та внутрішньовенної інфузії лідокаїну, спостерігається підвищення індексу периферичної перфузії, викликаного вазодилатацією, що вимагало використання, під час анестезії, малих доз норадреналіну. Спосіб, дозволяє забезпечити адекватне знеболення та ефективно проводити анестезіологічне забезпечення, а разом з тим, зменшити кількість післяопераційних ускладнень, прискорити реабілітацію пацієнтів та скоротити термін їх знаходження у лікарні.
  9. Впровадження запропонованого методу в практичну діяльність не потребує високоавартисного та додаткового обладнання.
  10. Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до анестезіології і може знайти використання при проведенні анестезіологічного забезпечення при операціях аортокоронарного шунтування, що проводяться в умовах штучного кровообігу.
  11. Непереносимість окремих лікарських препаратів, що використовуються в даній комплексній методиці.
  12. Запропонований комплекс інноваційних методик не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Державна установа «Інститут серця МОЗ України».
  15. Лоскутов О.А., Данчина Т.А., Дружина О.М., Колесников В.Г.

## ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Реєстр. № 55/5/18

1. СПОСІБ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ І НИРОК.
2. НДР «Обґрунтування можливостей немедикаментозної корекції функціонально-метаболических порушень у хворих з гастроентерологічною коморбідною патологією на фоні цукрового діабету», 0117U000870.
3. Фізіотерапія; гастроентерологія; сімейна медицина-загальна практика.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126824. МПК (2018.01) А61В 5/00 G01N 33/49 (2006.01), G01N 33/493 (2006.01). Спосіб скринінгової діагностики функціонального стану органів травлення і нирок / Гайсак М.О., Чайковська Т.В., Малиновська В.Г., Яковенко Н.А., Голубка О.П., Дичка Л.В., Ляхова О.Б.; заявник і патентовласник Державна установа «Науково-практичний медичний центр “Реабілітація” МОЗ України». – № u201800244; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Персоніфікований підхід до вибору методики бальнеологічного лікування та режиму питного застосування мінеральних вод у хворих з поєднаною патологією органів травлення базується на інформації про функціональний стан органів травлення та сечовидільної системи. У відповідності до розробленого способу проводять фракційне дослідження сечі в міжтравній період і кожні 60 хвилин протягом 120 хвилин після стандартного харчового навантаження. В кожній порції сечі визначають активність і дебіт  $\alpha$ -амілази, а також проводять вимірювання величини рН, сечової екскреції амонію і титрованих кислот. Аналіз одержаних даних дає можливість комплексної оцінки порушень діяльності підшлункової залози та шлунку, як в міжтравній, так і в травній періоди секреції в одному дослідженні, визначити патогенетичні передумови виникнення міжтравної та/або травної панкреатичної гіпо- та гіперсекреції, ризику розвитку хронічного панкреатиту, а також отримати інформацію про функціональний стан нирок, зокрема про її кислотовидільну функцію за динамікою показників амоніогенезу і рівня екскреції титрованих кислот у різні секреторні періоди.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з хронічною патологією органів травлення за рахунок раннього виявлення та можливості подальшої корекції порушень функціонального стану шлунку, підшлункової залози, нирок.
9. Реактиви для визначення рівня альфа-амілази сечі, рН, екскреції титрованих кислот та амонію – рН-метр, 0,1 н розчин  $\text{Na}_2\text{CO}_3$ , реактив Нестлера.
10. Хворі з хронічною патологією та функціональними захворюваннями органів травлення.
11. Немає.
12. Протипоказань та ускладнень за умови дотримання методики немає.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр “Реабілітація” МОЗ України».
14. Немає.
15. Чайковська Т.В., Гайсак М.О., Яковенко Н.А., Голубка О.П. (0312637462), (0312235585).

Реєстр. № 56/5/18

1. **МЕТОД МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Розробка та впровадження науково обґрунтованих алгоритмів ранньої діагностики і диференційного лікування коморбідної патології органів травлення, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату з урахуванням впливу екзогенних чинників, психологічного стану і статеві-вікового аспекту», 0115U000911, 2015-2018 рр.
3. Гастроентерологія, дієтологія.
4. 1+,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Комплексна мотиваційно-контрольована програма корекції способу життя передбачає 12-тижневе спостереження за пацієнтами при зменшенні маси тіла. Їм надаються рекомендації щодо принципів низькокалорійного дієтичного харчування з високим вмістом клітковини та меню з вибором продуктів на кожен день, а також пропонується ведення щоденника харчування. Наступний візит до лікаря з оцінкою щоденника харчування відбувається через 7 днів, загалом проводиться 5 візитів до лікаря впродовж 12 тижнів. З кожним пацієнтом проводяться бесіди щодо ролі неалкогольної жирової хвороби печінки у прогресуванні та розвитку незворотних захворювань печінки (цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми) і ризику розвитку інших патологічних станів, споріднених з неалкогольною жировою хворобою печінки, таких як метаболічний синдром, цукровий діабет та серцево-судинні захворювання.
8. На сьогодні жодні лікарські засоби не довели суттєвої ефективності у лікуванні неалкогольної жирової хвороби печінки порівняно з модифікацією способу життя, однак комплаєнс пацієнтів щодо останньої перебуває на низькому рівні. Перевага нашої наукової продукції полягає в тому, що комплексна мотиваційно-контрольована програма модифікації способу життя у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки дозволяє досягти високих показників дотримання рекомендацій лікаря, зменшення індексу маси тіла та рівня неінвазивного біомаркеру ступеня запалення та апоптозу печінки цитокератину 18 за 12 тижнів спостереження.
9. Лікар-гастроентеролог, лікар-дієтолог, ультразвукове дослідження.
10. Пацієнти з неалкогольною жировою хворобою печінки, стеатогепатитом, надмірною масою тіла, абдомінальним ожирінням.
11. Наявність психологічного розладу харчової поведінки в анамнезі, що потребує динамічного спостереження психіатра та психотерапевта.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. ТОВ «Капітал» МЦ «Універсальна клініка «Оберіг».
15. Свінціцький А.С., Соловійова Г.А., Динник Н.В. (0986707837).

#### **Реєстр. № 57/5/18**

1. **СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Удосконалення діагностичних підходів та оптимізація лікування захворювань органів травлення у поєднанні з іншими хворобами систем організму», 0117U000300, 2017-2022 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 120513. МПК (2017.01) А61К 45/00, А61Р 1/16 (2006.01), А61Р 9/10 (2006.01). Спосіб оптимізації лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на ішемічну хворобу серця / Скрипник І.М., Маслова Г.С., Весніна Л.Е., Мамонтова Т.В., Щербак О.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201703672; заявл. 14.04.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб може бути застосований для оптимізації лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на ішемічну хворобу серця, при якому використовують препарат урсодезоксихолевої кислоти в дозі 15 мг/кг/добу в два прийоми на фоні базисної терапії ішемічної хвороби серця. Додатково призначають левокарнітин у розчині для орального застосування по 1 г (10 мл) 2 рази на добу за 30 хвилин до прийому їжі впродовж 2-х місяців.
8. Запропонований спосіб оптимізації лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на ішемічну хворобу серця дозволяє ефективно усунути цитолітичний синдром, підвищити детоксикаційну функцію печінки, скорегувати прояви атерогенної дисліпідемії, зменшити прояви больового абдомінального та диспепсичного синдромів.
9. Урсодезоксихолева кислота, левокарнітин.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є неалкогольний стеатогепатит у хворих на ішемічну хворобу серця.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини або інших компонентів препаратів, гостре запалення жовчного міхура або жовчовивідних шляхів, непрохідність жовчних проток.
12. Можливі побічні ефекти, які пов'язані із прийомом лікарських препаратів: діарея, метеоризм, нудота, блювання, дуже рідко можливі алергічні реакції, включаючи висип, кропив'янку.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Скрипник І.М. (0532222820), Маслова Г.С., Щербак О.В.

#### **Реєстр. № 58/5/18**

1. **СТАНДАРТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ ТА ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Розробити стандарти медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози», 2014-2017 рр.
3. Гастроентерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Викладено стандарти медико-соціальної експертизи у інвалідів внаслідок дифузних захворювань печінки (хронічні гепатити та цирози печінки) з урахуванням сучасних можливостей діагностики та лікування. Запропоновано програми обстеження хворих при проведенні медико-соціальної експертизи та оцінці реабілітаційного потенціалу і прогнозу з виділенням найбільш інформативних методик з урахуванням тяжкості, форми та ускладнень захворювання, морфо-функціональних змін, ефективності реабілітаційних заходів, психологічних особливостей, соціально-економічних та медико-професійних факторів.

8. Впровадження стандартизованого підходу до проведення медико-соціальної експертизи при хронічних гепатитах та цирозах печінки дозволить значно підвищити якість надання медико-соціальної допомоги населенню, а також буде сприяти зменшенню кількості інвалідів внаслідок цих захворювань. Проведення своєчасної та об'єктивної оцінки обмежень життєдіяльності сприятиме адекватній ранній реабілітації пацієнтів, а отже, й відновленню трудового потенціалу держави.
9. Немає.
10. Удосконалення роботи лікарів МСЕК з визначення обмеження життєдіяльності осіб із хронічними дифузними захворюваннями печінки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України». 49027, м. Дніпро, пров. Ф. Макаревського, 1-А.
14. Немає.
15. Іпатов А.В., Паніна С.С. (0562463492), Гондуленко Н.О., Саніна Н.А.

### Ресстр. № 59/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ПРИ НАЯВНОСТІ СТЕАТОГЕПАТИТУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі гіпертонічної хвороби з урахуванням метаболічних, судинних аспектів і поліморфізму гена AGTR1», 0115U000236, 2015-2017 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114660. МПК А61К 31/00, А61К 31/185 (2006.01), G01N 33/50 (2006.01), А61Р 1/16 (2006.01). Спосіб комплексного лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки при наявності стеатогепатиту / Бабак О.Я., Лапшина К.А., Молодан В.І., Просолєнко К.О., Голенко Т.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201610500; заявл. 17.10.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Спосіб комплексного лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) при наявності стеатогепатиту включає призначення урсодезоксихолевої кислоти в поєднанні з адеметіоніном 800 мг внутрішньовенно струменево перші 10 днів з подальшим прийомом в таблетованій формі – 400 мг 2 рази на день. Звертає увагу гепатопротекторний ефект адеметіоніну при розвитку НАЖХП, що може бути використано для лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки при наявності стеатогепатиту. The method of complex treatment of patients with NAFLD in the presence of steatohepatitis includes the appointment of ursodeoxycholic acid in combination with ademetonin 800 mg intravenously the first 10 days followed by receiving in tablet form – 400 mg 2 times a day. Attention is drawn to the hepatoprotective effect of ademetonin in the development of NAFLD, which can be used to treat patients with NAFLD in the presence of steatohepatitis.
7. Спосіб комплексного лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки при наявності стеатогепатиту, який включає призначення лікарських засобів з потенційним гепатопротекторним ефектом, який відрізняється тим, що пацієнтам, після встановлення діагнозу неалкогольна жирова хвороба печінки в стадії стеатогепатиту, призначають урсодезоксихолеву кислоту 10 мг/кг на добу в поєднанні з адеметіоніном 800 мг внутрішньовенно струменево перші 10 днів з подальшим прийомом в таблетованій формі – 400 мг 2 рази на день, тривалістю до одного місяця, під контролем визначення біохімічних показників в крові до початку лікування і через 30 днів.



8. Медичні – підвищення ефективності лікування пацієнтів з коморбідністю неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби. Соціальні – покращення якості життя за рахунок покращення метаболічних показників, зменшення запалення. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 300,5 грн. на лікування 1 хворого на неалкогольну жирову хворобу печінки та гіпертонічну хворобу за рахунок зниження ліжко-днів на 11,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1469 хворих на рік, економічний ефект складає 441 405,32 грн. на рік.
9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, ЕДТА, фотометр-аналізатор Numareader N 2106 (Німеччина), наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» та «ДНК-експресс-кровь» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ).
10. Неалкогольна жирова хвороба печінки, гіпертонічна хвороба.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Молодан В.І. (0502666837), Просоленко К.О., Лапшина К.А., Голенко Т.М.

#### Реєстр. № 60/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПРОЦЕСІВ ЗНЕШКОДЖЕННЯ В ПЕЧІНЦІ ТВАРИН, ТОКСИФІКОВАНИХ ОЛІГОЕФІРАМИ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ.**
2. НДР «Біохімічні механізми розвитку дисметаболічних процесів за умов впливу хімічних чинників навколишнього середовища», 0115U000240, 2015-2019 рр.
3. Біологічна хімія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115049. МПК А61К 31/00, А61К 9/08 (2006.01), А61Р 39/00. Спосіб корекції порушень процесів знешкодження в печінці тварин, токсифікованих олігоефірами багатоатомних спиртів / Андросов Є.Д., Бондарева А.В., Наконечна О.А., Стеценко С.О., Жуков В.І., Маракушин Д.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201611793; заявл. 21.11.2016; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Спосіб корекції порушень процесів знешкодження в печінці щурів токсифікованих олігоефірами (ОЕФ) багатоатомних спиртів технічної назви «Лапроли», зокрема марки 502 (ОЕФ-ЛП-502-2-10) в 1/10 та 1/100 його середньолетальної дози (DL<sub>50</sub>), при введенні їм в якості комплексу антитоксичних речовин препарату ремаксолу, що включає дослідження таких біохімічних показників, як загального пулу цитохрому Р450, вмісту загальних глюкуронідів, відновного глутатіону, глюкуронової кислоти й загальних сульфатів, активності каталази, глутатіонпероксидази, фенолсульфотрансферази й глутатіонредуктази, коефіцієнта ексімеризації пірину, з наступним порівнянням їх з нормою та оцінкою корекції як ефективної. Method for correction of neutralization processes violation in rat's liver, causes by toxic polyol oligoesters Technical name «Laprol», brand 502 in 1/10 and 1/100 its average letal dose (DL 50) while injection like a complex antitoxic substances Remaxol medicine. It is includes research of biochemical data as content of cytochrome P-450, total glucuronides, reduction glutathione, glucuronic acid and total sulfates, activity of catalase, glutathione peroxidase, phenol sulfotransferase and glutathione reductase, pyrene eximerization coefficient and next comparison with its norm and assessment of correction like effective one.

7. Для корекції порушень процесів знешкодження в печінці щурів, токсифікованих ОЕФ-ЛП-502-2-10 в 1/10 та 1/100 його DL<sub>50</sub>, вводять як комплекс антитоксичних речовин – препарат ремаксол внутрішньочеревно в дозі 2,5 мл/кг маси тіла тварин, щодня вранці, до годівлі й за дві години до внутрішньошлункового (за допомогою металевого зонда) введення їм водного розчину ксенобіютика з 31 по 45 добу токсифікації.
8. Медичні – визначення додаткового коректора порушень біохімічних механізмів знешкодження ОЕФ-ЛП у печінці щурів. Соціальні – збільшення ефективності корекції порушень процесів знешкодження в печінці тварин, токсифікованих олігоефірами багатоатомних спиртів. Економічні – скорочення фінансових витрат, тому що спосіб не потребує додаткових дефіцитних або дорогих ліків та обладнання.
9. «Ремаксол» – інфузійний розчин, основними компонентами якого є сукцинат, рибоксин, метіонін і нікотинамід, лаборант-біохімік, персональний комп'ютер.
10. Порушення процесів знешкодження в печінці тварин, викликані токсифікацією олігоефірами багатоатомних спиртів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Андросов Є.Д., Бондарева А.В. (0668777345), Наконечна О.А., Стеценко С.О., Жуков В.І., Маракушин Д.І.

## ГЕНЕТИКА МЕДИЧНА

### Реєстр. № 61/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.**
2. НДР «Оцінка ефективності визначення фено- та генотипових кореляцій в уточнюючій діагностиці спадкових нейропсихічних порушень», 0115U000235, 2015-2016 рр.
3. Генетика медична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118696. МПК А61Р 25/00. Спосіб лікування дітей з розладами аутистичного спектру / Гречаніна Ю.Б., Гречаніна О.Я., Білецька С.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201701060; заявл. 06.02.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб лікування дітей з розладами аутистичного спектру включає призначення вітамінотерапії та дієтотерапії. Після виявлення дефіциту вітаміну D і визначення рівня загального та іонізованого кальцію в крові призначають дієтотерапію зі збагаченням раціону продуктами з вмістом поліненасичених жирних кислот та оральний прийом водного чи масляного розчину вітаміну D3 у початковій дозі 2000 МО на добу під час їжі під контролем рівня 25(OH)D, загального та іонізованого кальцію кожні 2 тижні. A method of treating children with autism spectrum disorders includes the appointment of vitamin therapy and diet therapy. After detecting a deficiency of vitamin D and determining the level of general and ionized calcium in the blood, diet therapy with rich in unsaturated fatty acids food and oral or aqueous or oily solution of vitamin D3 in an initial dose of 2,000 IU per day, with control level of 25(OH)D, total and ionized calcium every 2 weeks.

8. Спосіб лікування дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), що включає призначення вітамінотерапії та дієтотерапії, який відрізняється тим, що хворому на РАС після виявлення дефіциту вітаміну D і визначення рівня загального та іонізованого кальцію в крові призначають дієтотерапію зі збагаченням раціону продуктами з вмістом поліненасичених жирних кислот та оральний прийом водного чи масляного розчину вітаміну D3 у початковій дозі 2000 МО на добу під час їжі під контролем рівня 25(OH)D, загального та іонізованого кальцію кожні 2 тижня для вирішення питання про продовження лікування або корекції дози. Медичні – покращення соціалізації та комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру. Соціальні – покращення якості життя у хворих на розлади аутистичного спектру та їх сімей. Економічні – скорочення фінансових витрат на проведення реабілітаційних заходів.
9. Реактиви для визначення рівня 25(OH)D, загального та іонізованого кальцію у сироватці крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Розлади аутистичного спектру.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Гречаніна Ю.Б., Гречаніна О.Я., Білецька С.В. (0631398266).

## ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА

### Ресстр. № 62/5/18

1. **МЕТОД ПЕРЕДБАЧЕННЯ ЩОДОБОВОЇ АЕРОПАЛІНОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОГНОЗУ ПОГОДИ.**
2. НДР «Вплив метеорологічних факторів на формування небезпечної аеропалінологічної ситуації, яка зумовлена пилом рослин та спорами грибів», 0115U003878, 2015-2019 рр.
3. Гігієна, аеропалінологія.
4. 1+, А.
5. Патент України на винахід: № 115954. МПК (2017.01), G01N 1/22 (2006.01), G01N 5/00. Спосіб щодобового прогнозування аеропалінологічної ситуації / Малеева Г.Ю., Приходько О.Б., Ємець Т.І.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № а201701349; заявл. 13.02.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб щодобового прогнозування аеропалінологічної ситуації, який полягає у проведенні аеробіологічного моніторингу з використанням волю метричної імпакт пастки, виготовленні та мікроскопуванні препаратів з підрахунком щодобової кількості пилку в атмосферному повітрі, визначенні термінів цвітіння та днів з максимальними показниками кількості пилку у повітрі та використанні прогнозу метеоумов, який відрізняється тим, що на основі прогнозу погоди визначають очікувану кількість пилку в метрі кубічному атмосферного повітря в конкретний день, використовуючи отриману формулу розрахунку очікуваної щодобової кількості пилку в атмосферному повітрі по днях палінації, де знаходять добуток між кількістю пилку у конкретний день відповідно до нормального (Гаусового) розподілу та отриманих коефіцієнтів впливу метеорологічних умов та урахуванням поправки на асиметричність розподілу, при цьому для підрахунку розподілу кількості пилку по днях палінації використовують формулу:

$$N_{\text{today}} = N_{\text{norm}} \times K_1 \times K_2 \times K_3 \times K_4 \times K_5$$

Де:

$N_{today}$  – щодобова кількість пилку в атмосферному повітрі в конкретний день;

$N_{norm}$  – кількість пилку відповідно до нормального розподілу (Гауса);

$K_1$  – коефіцієнт залежності кількості пилку в повітрі від атмосферного тиску;

$K_2$  – коефіцієнт впливу вітру на зміну кількості пилку в атмосферному повітрі;

$K_3$  – коефіцієнт впливу опадів на зміну кількості пилку в атмосферному повітрі;

$K_4$  – коефіцієнт залежності кількості пилку від відносної вологості;

$K_5$  – коефіцієнт поправки на асиметрію розподілу пилку по днях палінації.

8. Підвищення ефективності прогнозування аеропалінологічної ситуації, лікування та профілактики загострень полінозів та бронхіальної астми.
9. Смартфон або планшет з Android 4, доступ до інтернету.
10. Прогнозування аеропалінологічної ситуації.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра медичної біології, паразитології та генетики, тел. (0612) 33-85-25.
14. Немає.
15. Малєєва Г.Ю.(0674355990), Приходько О.Б., Ємець Т.І.

#### Реєстр. № 63/5/18

1. **ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ.**
2. НДР «Опрацювання вікових стандартів фізичного розвитку молодших школярів», 0113U000211, 2013-2017 рр.
3. Гігієна навколишнього середовища.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади лікувально-профілактичного профілю.
7. Оцінено фізичний розвиток 7-річних дітей м. Львова на сучасному етапі (2014-2015 рр.). Установлено, що 68,9% обстежених дітей мають середній зріст, 12,5% і 14,5% – вище і нижче середнього відповідно та 4,0% дітей – високий і низький зріст; 67,7% – гармонійний фізичний розвиток, 26,6% – дисгармонійний, 5,7% – різко дисгармонійний. За допомогою авторських таблиць шкал регресії і попередніх стандартів фізичного розвитку дітей, складених низкою авторів упродовж 1969-1996 рр., проведено ретроспективний аналіз динаміки фізичного розвитку львівських 7-річних школярів за час від 1969 до 2015 р. Виявлено, що фізичний розвиток загалом характеризується процесами акселерації, про що свідчить поступове збільшення зросту і маси тіла дітей. Сучасні львівські 7-річні хлопчики вищі на 3,1 см і мають більшу масу тіла на 1,2 кг, а дівчатка вищі на 3,1 см, ніж їхні однолітки 47 років тому. Збільшення зросту і маси тіла у дітей за практично незміненого обводу грудної клітки, свідчать про процеси астенізації і граціалізації у фізичному розвитку. На основі зібраних антропометричних вимірів і відповідного статистичного опрацювання отриманих результатів авторами побудовано шкали регресії фізичного розвитку дівчаток і хлопчиків.
8. Запропоновані шкали регресії можуть бути використані для оцінки фізичного розвитку школярів на сучасному етапі, при проведенні ретроспективного аналізу динаміки фізичного розвитку за певний період часу з метою вивчення процесів акселерації чи ретардації, а також для одночасного порівняння рівнів фізичного розвитку дітей, які мешкають у різних регіонах, з метою визначення можливих чинників впливу на їхній фізичний розвиток.
9. Антропометричні виміри, шкали регресії, ретроспективний аналіз.

10. Вивчення фізичного розвитку школярів на сучасному етапі.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, кафедра загальної гігієни з екологією.
14. Немає.
15. Федоренко В.І., Кіцула Л.М., Козак Л.П. (0322762837).

#### Реєстр. №64/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СХИЛЬНОСТІ АБО СТІЙКОСТІ ЛЮДИНИ-ОПЕРАТОРА ДО РОЗВИТКУ СТАНУ МОНОТОНІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування заходів психофізіологічної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО)», 0116U002039, 2016-2020 рр.
3. Гігієна праці, психофізіологія, професійна патологія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 126793. МПК А61В 5/00, А61В 5/16 (2006.01). Спосіб оцінки схильності або стійкості людини-оператора до розвитку стану монотонії / Кальниш В.В., Пишнов Г.Ю., Опанасенко В.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201713139; заявл. 29.12.2017; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки схильності або стійкості людини-оператора до розвитку стану монотонії, що включає виконання ряду тестових завдань, контроль психофізичного стану, аналіз отриманих результатів. Досліджуваному ставлять завдання протягом 1 години, виконати без перерви, однотипні за своїм змістом тестові завдання, що розміщені в одному й тому місці екрана комп'ютера шляхом натискання лише двох кнопок, причому пальці мають знаходитись на них постійно, для посилення впливу фактора одноманітності завдань досліджувана особа має перебувати в ізолюючих навушниках, куди протягом роботи безперервно подають «білий шум» помірної інтенсивності, під час виконання завдання за допомогою комп'ютерної програми здійснюють реєстрацію латентних періодів реакцій людини, далі оцінюють інтенсивність закономірної зміни латентного періоду реакцій досліджуваного при довготривалій переробці ним потоку логічних завдань.
8. Спосіб оцінки схильності або стійкості людини-оператора до розвитку стану монотонії, що включає виконання ряду тестових завдань, контроль психофізичного стану, аналіз отриманих результатів, який відрізняється тим, що досліджуваному ставлять завдання протягом 1 години, виконати без перерви, однотипні за своїм змістом тестові завдання, що розміщені в одному й тому місці екрана комп'ютера шляхом натискання лише двох кнопок, причому пальці мають знаходитись на них постійно, для посилення впливу фактора одноманітності завдань досліджувана особа має перебувати в ізолюючих навушниках, куди протягом роботи безперервно подають «білий шум» помірної інтенсивності, під час виконання завдання за допомогою комп'ютерної програми здійснюють реєстрацію латентних періодів реакцій людини, далі оцінюють інтенсивність закономірної зміни латентного періоду реакцій досліджуваного при довготривалій переробці ним потоку логічних завдань за формулою, в градусах, де – кут нахилу прямої відносно осі абсцис, що інтегрально описує інтенсивність трансформації латентних періодів реакцій людини в процесі дослідження та віддзеркалює ступінь схильності (позитивні значення) чи несхильності (негативні значення) до розвитку стану монотонії. Спосіб оцінки схильності або стійкості людини-оператора до розвитку стану монотонії, що

- включає виконання ряду тестових завдань, контроль психофізичного стану, аналіз отриманих результатів, який відрізняється тим, що при різкому достовірному нетривалому змінненні показників латентного періоду дані вилучають та вважають їх артефактом, при стійкому підвищенні рівня цих показників вважають проявом формування стомлення та виключають ці дані з подальших розрахунків.
9. Джерело «білого шуму, аудіонавушники, персональний комп'ютер, програма психофізіологічного тестування (дослідження), програма статистичного аналізу даних.
  10. Психофізіологічний відбір до професії, діагностика та моніторинг психофізіологічного стану здоров'я працівників та учасників АТО/СОО, діагностика стану монотонії.
  11. Розлади психіки та поведінки, зниження гостроти зору та слуху.
  12. Немає.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України».
  15. Кальниш В.В., Пишнов Г.Ю., Опанасенко В.В.

#### Реєстр. № 65/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ БЕТА-ЦИФЛУТРИНУ В ЗЕРНІ ГОРОХУ, СОЇ ТА СОЄВІЙ ОЛІЇ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1139-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення бета-цифлутрину в зерні гороху, сої та соєвій олії методом газорідинної хроматографії» № 1139-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) бета-цифлутрину в зерні гороху, сої та соєвій олії необхідна методика з визначення залишкових кількостей бета-цифлутрину в горосі, сої та соєвій олії. Методика базується на вилученні бета-цифлутрину з проб зерна гороху та сої сумішшю гексану з ацетоном, соєвої олії – ацетонітрилом, послідовному очищенні отриманих екстрактів у системі розчинників, що не змішуються, та методом адсорбційної хроматографії на флоризилі з наступним вимірюванням бета-цифлутрину методом капілярної ГРХ з ЕЗД в режимі програмування температур.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей бета-цифлутрину в зерні гороху, сої та соєвій олії на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер I категорії, лаборант. Обладнання: газовий хроматограф з електронозахватним детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: бета-цифлутрин

- (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення бета-цифлутрину в зерні гороху, сої та соєвій олії методом газорідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації бета-цифлутрину слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Косовська Т.О.

#### Реєстр. № 66/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ДИМЕТОАТУ В НАСІННІ СОЇ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» №1141-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення диметоату в насінні сої методом газорідинної хроматографії» № 1141-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) диметоату в насінні сої необхідна методика з визначення залишкових кількостей диметоату в насінні сої. Метод базується на вилученні диметоату з проб насіння сої сумішшю ацетон+вода (50+50, об+об), очищенні екстрактів охолодженням та шляхом перерозподілу в

- системі рідина-рідина та подальшому визначенні диметоату методом ГРХ з використанням ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей диметоату в насінні сої на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: газовий хроматограф з електронозахватним детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: диметоат (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення диметоату в насінні сої методом газорідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації диметоату слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Завалко Р.М.

#### Реєстр. № 67/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ДИФЕНОКОНАЗОЛУ В ВИНОГРАДІ ТА ВИНОГРАДНОМУ СОКУ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1142-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.



5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення дифенконазолу в винограді та виноградному соку методом газорідинної хроматографії» № 1142-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) дифенконазолу в винограді та виноградному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей дифенконазолу в винограді та виноградному соку. Методика базується на екстрагуванні дифенконазолу з винограду екстракційною сумішшю, виноградного соку – хлороформом (після коагуляції ацетоном), послідовному очищенні отриманого екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та методом твердофазової екстракції (ТФЕ) з наступним визначенням дифенконазолу методом капілярної ГРХ з селективним азот-фосфорним детектором.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей дифенконазолу в винограді та виноградному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: газовий хроматограф з селективним азот-фосфорним детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: дифенконазол (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення дифенконазолу в винограді та виноградному соку методом газорідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації дифенконазолу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.

14. Немає.

15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Алейнов П.В.

#### Реєстр. № 68/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ІМАЗЕТАПІРУ У СОНЯШНИКУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1143-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення імазетапіру у соняшнику методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1143-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) імазетапіру у соняшнику необхідна методика з визначення залишкових кількостей імазетапіру у соняшнику. Методика базується на екстрагуванні імазетапіру з проб насінні соняшника сумішшю етанолу з водним розчином о-фосфорної кислоти, очищенні екстракту методом перерозподілу в системі рідина-рідина та подальшому визначенні імазетапіру методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії з ультрафіолетовим детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей імазетапіру в насінні соняшника на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: імазетапір (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення імазетапіру в насінні соняшника методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації імазетапіру слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-

- 1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Акоронко О.Д.

#### Реєстр. № 69/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ІМІДАКЛОПРИДУ В ЗЕРНІ ГОРОХУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1144-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення імідаклоприду в зерні гороху методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1144-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) імідаклоприду в зерні гороху необхідна методика з визначення залишкових кількостей імідаклоприду в зерні гороху. Методика базується на вилученні імідаклоприду з проб ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим кількісним визначенням імідаклоприду методом обернено-фазової високоефективної рідинної з ультрафіолетовим детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей імідаклоприду в зерні гороху на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: імідаклоприд (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення імідаклоприду в зерні гороху методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю

встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації імідаклоприду слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І., Кравченко Г.В.

#### Реєстр. № 70/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ КРЕЗОКСИМ-МЕТИЛУ В ЗЕРНІ ХЛІБНИХ ЗЛАКІВ ТА ЦУКРОВИХ БУРЯКАХ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1145-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення крезоксим-метилу в зерні хлібних злаків та цукрових буряках методом високоефективної рідинної хроматографії» №1145-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) крезоксим-метилу в зерні хлібних злаків та цукрових буряках необхідна методика з визначення залишкових кількостей крезоксим-метилу в зерні хлібних злаків та цукрових буряках. Методика базується на вилученні крезоксим-метилу з проб зерна хлібних злаків ацетонітрилом, цукрових буряків сумішшю ацетону з водою, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в двофазній екстракційній системі та адсорбційною

- хроматографією на колонках з флоризилом з подальшим кількісним визначенням крезоксим-метилу методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ).
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей крезоксим-метилу в зерні хлібних злаків та цукрових буряках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: крезоксим-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення крезоксим-метилу в зерні хлібних злаків та цукрових буряках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації крезоксим-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

#### Реєстр. № 71/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ КРЕЗОКСИМ-МЕТИЛУ В ПЕРСИКАХ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1146-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів

- до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
  4. 2+,С.
  5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
  6. «Методичні вказівки з визначення крезоксим-метилу в персиках методом високоефективної рідинної хроматографії та інструментальної тонкошарової хроматографії» № 1146-2012 від 16.05.2012 р.
  7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) крезоксим-метилу в персиках необхідна методика з визначення залишкових кількостей крезоксим-метилу в персиках. Методика базується на вилученні крезоксим-метилу з проб персиків ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в двофазній екстракційній системі та адсорбційною хроматографією на колонках з флоризилом з подальшим кількісним визначенням крезоксим-метилу методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектором.
  8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей крезоксим-метилу в персиках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: крезоксим-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення крезоксим-метилу в персиках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації крезоксим-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Кравченко Г.В.

#### Реєстр. № 72/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ МЕПІКВАТ-ХЛОРИДУ В НАСІННІ РІПАКУ ЕКСТРАКЦІЙНО-ФОТОМЕТРИЧНИМ МЕТОДОМ» № 1148-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення мепікват-хлориду в насінні ріпаку екстракційно-фотометричним методом» № 1148-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) мепікват-хлориду в насінні ріпаку необхідна методика з визначення залишкових кількостей мепікват-хлориду в насінні ріпаку. Метод ґрунтується на екстракції мепікват-хлориду з проб насіння ріпаку сумішшю ацетону з водним розчином соляної кислоти, очищенні екстракту на катіонообмінній смолі та оксиді алюмінію, отриманні іонного асоціату мепікват-хлориду та еозину Н з подальшим фотометричним вимірюванням при довжині хвилі 540 нм.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей мепікват-хлориду в насінні ріпаку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: фотоелектроколориметр; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: мепікват-хлорид (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення мепікват-хлориду в насінні ріпаку методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації мепікват-хлорид слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації

хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Кравченко Г.В.

### Реєстр. № 73/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ МЕТАМІТРОНУ ТА ЕТОФУМЕЗАТУ В ПОЛУНИЦІ ПРИ СУМІСНІЙ ПРИСУТНОСТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1149-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення метамітрону та етофумезату в полуниці при сумісній присутності методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1149-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) метамітрону та етофумезату в полуниці необхідна методика з визначення залишкових кількостей метамітрону та етофумезату в полуниці. Метод базується на вилученні діючих речовин з проб полуниці хлороформом, очищенні екстрактів на колонці з флоризилом та подальшому визначенні етофумезату та метамітрону методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 240 нм та 310 нм відповідно.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей метамітрону та етофумезату в полуниці на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: метамітрон (ДСЗУ);



- етофумезат (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення метамітрону та етофумезату в полуниці методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації метамітрону та етофумезату слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Мурашко С.В., Кузенко Н.М. Контактна особа: Гринько А.П. (0442584206).

#### Реєстр. № 74/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТРИФЛОКСИСТРОБІНУ В ЦУКРОВИХ БУРЯКАХ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1151-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення трифлораксифену в цукрових буряках методом газорідинної хроматографії» № 1151-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) трифлораксифену в цукрових буряках необхідна методика з визначення залишкових кількостей трифлораксифену в цукрових буряках. Методика базується на вилученні трифлораксифену із проб цукрових буряків водним розчином ацетону, очищенні

- екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим визначенням трифлорексифену методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей трифлорексифену в цукрових буряках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: газовий хроматограф з електронозахватним детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: трифлорексифен (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення трифлорексифену в цукрових буряках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації трифлорексифену слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

#### Ресстр. № 75/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНПРОКСИМАТУ В НАСІННІ СОЇ ТА СОЄВІЙ ОЛІЇ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1152-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.

3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1152-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії необхідна методика з визначення залишкових кількостей фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії. Метод базується на вилученні фенпіроксимату з проб зерно сої сумішшю ацетону з водою, проб олії – ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі, подальшому визначенні фенпіроксимату методом ВЕРХ з використанням УФД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: фенпіроксимат (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації фенпіроксимату слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.

15. Мурашко С.В., Морару Л.Є. Контактна особа: Гринько А.П. (0442584206).

### Реєстр. № 76/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНПІРОКСИМАТУ В НАСІННІ СОЇ ТА СОЄВІЙ ОЛІЇ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1152-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1152-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії необхідна методика з визначення залишкових кількостей фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії. Метод базується на вилученні фенпіроксимату з проб зерно сої сумішшю ацетону з водою, проб олії – ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі, подальшому визначенні фенпіроксимату методом ВЕРХ з використанням УФД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: фенпіроксимат (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення фенпіроксимату в насінні сої та соєвій олії методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації фенпіроксимату слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок.

Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Морару Л.Є. Контактна особа: Гринько А.П. (0442584206).

#### Реєстр. № 77/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУОПІРАМУ В ЯБЛУКАХ ТА ЯБЛУЧНОМУ СОКУ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1157-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення флуопіраму в яблуках та яблучному соку методом газорідинної хроматографії» № 1157-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флуопіраму в яблуках та яблучному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуопіраму в яблуках та яблучному соку. Метод базується на екстрагуванні флуопіраму з яблук екстракційною сумішшю, яблучного соку – хлороформом (після коагуляції ацетоном), послідовному очищенні отриманого екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та методом твердофазової екстракції (ТФЕ) з наступним визначенням флуопіраму методом капілярної ГРХ з селективним NPD детектором в режимі програмування температур.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуопіраму в яблуках та яблучному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуопірам (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флуопіраму в яблуках та яблучному соку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення

контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флуопіраму слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Алейнов П.В.

#### Реєстр. № 78/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРАНТРАНІЛІПРОЛУ В ЗЕРНІ КУКУРУДЗИ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1160-2012 від 16.05.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 08.05.2012 № 10. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 16.05.2012 № 262.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорантраніліпролу в зерні кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1160-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорантраніліпролу в зерні кукурудзи необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорантраніліпролу в зерні кукурудзи. Метод базується на вилученні хлорантраніліпролу з проб зерна кукурудзи сумішшю метанолу з водою, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі з подальшим визначенням хлорантраніліпролу методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 254 нм.

8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорантраніліпролу в зерні кукурудзи на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорантраніліпрол (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорантраніліпролу в зерні кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорантраніліпролу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П. Контактна особа: Гринько А.П. (0442584206).

#### Реєстр. № 79/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПЕНФЛУФЕНУ У ВОДІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1165-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.

5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення пенфлуфену у воді методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1165-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пенфлуфену у воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей пенфлуфену у воді. Методика базується на екстрагуванні пенфлуфену з проб води дихлорметаном, концентруванні та подальшому визначенні пенфлуфену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пенфлуфену у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пенфлуфен (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення пенфлуфену у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації пенфлуфену слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Акоронко О.Д.

**Ресстр. № 80/5/18**



1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПЕНФЛУФЕНУ У ГРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1166-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення пенфлуфену у ґрунті методом вискоєфективної рідинної хроматографії» № 1166-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пенфлуфену у ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей пенфлуфену у ґрунті. Методика базується на екстрагуванні пенфлуфену з проб ґрунту сумішшю ацетонітрилу з водою, очищенні екстракту методами перерозподілу в системі рідина-рідина і твердофазної екстракції та подальшому визначенні пенфлуфену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пенфлуфену у ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пенфлуфен (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення пенфлуфену у ґрунті методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації пенфлуфену слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію

- лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Акоронко О.Д.

#### Реєстр. № 81/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПЕНФЛУФЕНУ В КАРТОПЛІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1167-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення пенфлуфену в картоплі методом вискоєфективної рідинної хроматографії» № 1167-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пенфлуфену в картоплі необхідна методика з визначення залишкових кількостей пенфлуфену в картоплі. Методика базується на екстрагуванні пенфлуфену з картоплі сумішшю ацетонітрилу з водою, очищенні екстракту методами перерозподілу в системі рідина-рідина і твердофазної екстракції та подальшому визначенні пенфлуфену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пенфлуфену в картоплі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пенфлуфен (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення пенфлуфену в картоплі методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні

вимірювань масової концентрації пенфлуфену слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Акоронко О.Д.

#### Реєстр. № 82/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУБЕНДІАМІДУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1171-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення флубендіаміду в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом вискоєфективної рідинної хроматографії» № 1171-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флубендіаміду в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей флубендіаміду в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Метод базується на протягуванні повітря, що містить флубендіамід, через паперовий фільтр «синя стрічка», закріплений у фільтротримачі (повітря робочої зони); через сорбційну трубку, заповнену силікагелем КСК (атмосферне повітря), екстрагуванні флубендіаміду з фільтра та сорбенту ацетонітрилом, концентруванні екстракту та подальшому визначенню методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флубендіаміду в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна;

- ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флубендіамід (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флубендіаміду в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флубендіаміду слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Толстова Н.В., Алейнов П.В.

#### Реєстр. № 83/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУБЕНДІАМІДУ У ВОДІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1172-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення флубендіаміду у воді методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1172-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флубендіаміду у воді

- необхідна методика з визначення залишкових кількостей флубендіаміду у воді. Метод базується на вилученні флубендіаміду з проб води хлороформом, концентруванні екстракту та подальшому визначенню методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флубендіаміду у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флубендіамід (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флубендіаміду у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флубендіаміду слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Толстова Н.В., Алейнов П.В.

#### Рєєстр. № 84/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУБЕНДІАМІДУ В ГРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1173-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів

- до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
  4. 2+,С.
  5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 № 452.
  6. «Методичні вказівки з визначення флубендіаміду в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1173-2012 від 16.05.2012 р.
  7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флубендіаміду в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей флубендіаміду в ґрунті. Метод базується на екстрагуванні флубендіаміду з ґрунту етилацетатом, очищенні отриманого екстракту методом твердофазної екстракції, концентруванні екстракту з наступним визначенням флубендіаміду методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням.
  8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флубендіаміду в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флубендіамід (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флубендіаміду в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флубендіаміду слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Толстова Н.В., Алейнов П.В.

#### Реєстр. № 85/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУБЕНДІАМІДУ В КАПУСТІ, ТОМАТАХ ТА ТОМАТНОМУ СОКУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1174-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. “Методичні вказівки з визначення флубендіаміду в капусті, помідорах та томатному соку методом високоефективної рідинної хроматографії” № 1174-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флубендіаміду в капусті, помідорах та томатному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей флубендіаміду в капусті, помідорах та томатному соку. Метод базується на екстрагуванні флубендіаміду з проб капусти та помідорів екстракційною сумішшю, проб томатного соку – хлороформом (після коагуляції соку оцетом), очищенні отриманого екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та методом твердофазної екстракції, концентруванні екстракту з наступним визначенням флубендіаміду методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флубендіаміду в капусті, помідорах та томатному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флубендіамід (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флубендіаміду в капусті, помідорах та томатному соку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения

микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флубендіаміду слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнєцова О.М., Толстова Н.В., Алейнов П.В., Оверченко Н.П.

#### Реєстр. № 86/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУОКСАСТРОБІНУ В НАСІННІ РІПАКУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1175-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення флуоксастробіну в насінні ріпаку методом високоефективної рідинної хроматографії» № 1175-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флуоксастробіну в насінні ріпаку необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуоксастробіну в насінні ріпаку. Методика базується на вилученні флуоксастробіну з проб насіння ріпаку ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в двофазній екстракційній системі та адсорбційною хроматографією на колонках з флоризилом з подальшим кількісним визначенням флуоксастробіну методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектором.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуоксастробіну в насінні ріпаку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.



9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: рідинний хроматограф з ультрафіолетовим детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуоксастроїн (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флуоксастроїну в насінні ріпаку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флуоксастроїну слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

#### **Реєстр. № 87/5/18**

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУОПІКОЛІДУ В НАСІННІ РІПАКУ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1176-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення флуопіколіду в насінні ріпаку методом газорідинної хроматографії» № 1176-2012 від 16.05.2012 р.

7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флуопіколід у насінні ріпаку необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуопіколід у насінні ріпаку. Методика базується на екстрагуванні флуопіколід з насіння ріпаку ацетонітрилом, очищенні екстракту методами перерозподілу в системі рідина-рідина і твердофазної екстракції та подальшому визначенні флуопіколід методом методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуопіколід у насінні ріпаку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуопіколід (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення флуопіколід у насінні ріпаку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації флуопіколід слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Турчин В.О.

#### Реєстр. № 88/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРПІРИФОС-МЕТИЛУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1179-2012 від 05.09.2012 р.**

2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорпірифос-метилу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом газорідної хроматографії» № 1179-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорпірифос-метилу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Метод базується на протягуванні повітря, що містить хлорпірифос-метил, через концентруючі патрони ORBO-402 Tenax Tubes 100/50 мг, екстрагуванні хлорпірифос-метилу з сорбенту ацетоном, концентруванні екстракту та подальшому визначенні методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорпірифос-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорпірифос-метилу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорпірифос-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели

валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Фокіна М.Г.

#### Реєстр. № 89/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРПІРИФОС-МЕТИЛУ У ВОДІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1180-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки»; № держреєстрації 0112U001133 (фр-4), строки виконання: 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорпірифос-метилу у воді методом газорідинної хроматографії» № 1180-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорпірифос-метилу у воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорпірифос-метилу у воді. Метод базується на екстракції хлорпірифос-метилу з проб води гексаном, концентруванні отриманого екстракту та наступному кількісному визначенні хлорпірифос-метилу методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорпірифос-метилу у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорпірифос-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорпірифос-метилу у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорпірифос-метилу слід дотримуватись правил

безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Лепешкіна М.І.

#### Реєстр. № 90/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРПІРИФОС-МЕТИЛУ В ҐРУНТІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1181-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорпірифос-метилу в ґрунті методом газорідинної хроматографії» № 1181-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорпірифос-метилу в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в ґрунті. Метод базується на екстрагуванні хлорпірифос-метилу з ґрунту ацетонітрилом, очищенні екстракту шляхом твердофазної екстракції, концентруванні екстракту з наступним визначенням хлорпірифос-метилу методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорпірифос-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.

10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорпірифос-метилу в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорпірифос-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Лепешкіна М.І.

#### **Реєстр. № 91/5/18**

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРПІРИФОС–МЕТИЛУ В ЗЕРНІ ХЛІБНИХ ЗЛАКІВ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1182-2012 від 05.09.2012 р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.
5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорпірифос–метилу в зерні хлібних злаків методом газорідинної хроматографії» № 1182-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорпірифос-метилу в зерні хлібних злаків необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в зерні хлібних злаків. Метод базується на екстрагуванні хлорпірифос-метилу з проб зерна хлібних злаків та зелених рослин хлороформом, послідовному очищенні отриманого екстракту на колонці з оксидом алюмінію, шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та методом твердофазної екстракції

- (ТФЕ) з наступним визначенням хлорпірифос-метилу методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в зерні хлібних злаків на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорпірифос-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
  10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорпірифос-метилу в зерні хлібних злаків методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
  11. Немає.
  12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорпірифос-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
  13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
  14. Немає.
  15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Лепешкіна М.І.

#### Реєстр. № 92/5/18

1. **«МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ХЛОРПІРИФОС–МЕТИЛУ В КАПУСТІ, БАКЛАЖАНАХ, ПЕРЦІ, ТОМАТАХ ТА ТОМАТНОМУ СОКУ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ» № 1183-2012 від 05.09.2012р.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133 (фр-4), 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+,С.

5. Постанова Головного Державного санітарного лікаря України від 02.08.2012 р. № 23. Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 05.09.2012 р. № 452.
6. «Методичні вказівки з визначення хлорпірифос-метилу в капусті, баклажанах, перці, томатах та томатному соку методом газорідинної хроматографії» № 1183-2012 від 16.05.2012 р.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) хлорпірифос-метилу в капусті, баклажанах, перці, томатах та томатному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в капусті, баклажанах, перці, томатах та томатному соку. Метод базується на екстрагуванні хлорпірифос-метилу з проб баклажанів, перцю та томатів хлороформом, з капусти – ацетонітрилом, а з томатного соку – гексаном, послідовному очищенні отриманого екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та методом твердофазової екстракції (ТФЕ) з наступним визначенням хлорпірифос-метилу методом капілярної ГРХ з ЕЗД.
8. Аналогів немає. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей хлорпірифос-метилу в капусті, баклажанах, перці, томатах та томатному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: молодший науковий співробітник, інженер 1 категорії, лаборант. Обладнання: хроматограф; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: хлорпірифос-метил (ДСЗУ); органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення хлорпірифос-метилу в капусті, баклажанах, перці, томатах та томатному соку методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановлених в Україні відповідних гігієнічних нормативів. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» № 2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. При виконанні вимірювань масової концентрації хлорпірифос-метилу слід дотримуватись правил безпечної роботи на хроматографі, викладених в інструкції з експлуатації хроматографа, правил безпечної роботи в хімічній лабораторії, викладених в НПАОП 73.1-1.11-12 «Правила охорони праці під час роботи в хімічних лабораторіях»; ДНАОП 0.00-1.32-01 «Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок». До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.



13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03127, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Павленко І.П., Лепешкіна М.І., Данильченко О.О.

### Ресстр. № 93/5/18

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПИЛОВОЇ ПАТОЛОГІЇ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ В РОБІТНИКІВ ЛИВАРНОГО ВИРОБНИЦТВА.**
2. НДР «Діагностичні та терапевтичні аспекти гемодинамічних порушень при хронічному обструктивному захворюванні легень професійного генезу», 0110U001813, 2010-2012 рр.
3. Професійні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119906. МПК А61В 5/145, G01N 33/48. Спосіб ранньої діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи в робітників ливарного виробництва / Мельник О.Г., Капустник В.А., Андросов Є.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201704693; заявл. 15.05.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
6. Спосіб діагностики стадій пневмоконіозу й хронічного пилового бронхіту в робітників ливарного виробництва, що включає використання люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції сироватки крові, яке відображує природу пилового захворювання бронхолегеневої системи та його стадію через систему оцінки окисно-відновлювальних процесів, пов'язаних з накопиченням низькомолекулярних продуктів вільнорадикального окислення. A method of diagnosing the stages of pneumoconiosis and chronic dust bronchitis in the foundry workers, which involves the use of luminol-dependent induced biochemiluminescence of serum that reflects the nature of the dust disease of the bronchopulmonary system and its stage through the system of evaluation of oxidative-reducing processes associated with the accumulation of low molecular weight products of free radical oxidation.
7. Спосіб ранньої діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи у робітників ливарного виробництва, що включає оцінку цитокінового профілю сироватки крові шляхом визначення рівнів інтерлейкінів ІЛ-1, ІЛ-4, ІЛ-8, фактора некрозу пухлин- $\alpha$  та інтерферону- $\gamma$ , який відрізняється тим, що для ранньої діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи в робітників ливарного виробництва вимірюють інтенсивність люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції проби крові й, якщо в порівнянні з контролем вона знижена на 34,67-20,53%, діагностують пневмоконіоз, а якщо збільшена на 68,67-84,67% - хронічний пиловий бронхіт.
8. Медичні – покращення діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи у робітників ливарного виробництва. Соціальні – покращення якості життя робітників ливарного виробництва шляхом своєчасної індивідуалізованої терапії професійної пилової патології. Економічні – скорочення фінансових витрат на діагностику і лікування 1 хворого на професійну пилову патологію за рахунок зниження кількості ліжко-днів.
9. Реактиви для визначення оцінки цитокінового профілю (інтерлейкін-1, -4, -8, фактор некрозу пухлин- $\alpha$  та інтерферону- $\gamma$ ) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Пневмоконіоз і хронічний пиловий бронхіт.
11. Немає.

12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Мельник О.Г. (0677717896), Капустник В.А., Андросов Є.Д.

#### **Реєстр. № 94/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ПНЕВМОКОНІОЗУ Й ХРОНІЧНОГО ПИЛОВОГО БРОНХІТУ В РОБІТНИКІВ ЛИВАРНОГО ВИРОБНИЦТВА.**
2. НДР «Діагностичні та терапевтичні аспекти гемодинамічних порушень при хронічному обструктивному захворюванні легень професійного генезу», 0110U001813, 2010-2012 рр.
3. Професійні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120568. МПК А61В 5/145. Спосіб діагностики стадій пневмокониозу й хронічного пилового бронхіту в робітників ливарного виробництва / Мельник О.Г., Капустник В.А., Андросов Є.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201704694; заявл. 15.05.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Спосіб діагностики стадій пневмокониозу й хронічного пилового бронхіту у робітників ливарного виробництва на підставі оцінки інтенсивності люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції сироватки крові. A method of diagnosing the stages of pneumoconiosis and chronic dust bronchitis in the foundry workers, on the basis of analysis of luminol-dependent induced biochemiluminescence serum intensity.
7. Спосіб діагностики стадій пневмокониозу (ПКЗ) і хронічного пилового бронхіту (ХПБ) у робітників ливарного виробництва, що включає вимірювання інтенсивності люмінол-залежної фосфоресценції сироватки крові, який відрізняється тим, що стадію ПКЗ і ХПБ визначають шляхом вимірювання інтенсивності люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції (Лзі БХЛ) проби крові й першу стадію ПКЗ діагностують при інтенсивності Лзі БХЛ від 596 до 547 імп/с, другу стадію ПКЗ - від 546 до 490 імп/с; першу стадію ХПБ – від 1265 до 1302 імп/с, другу стадію ХПБ - від 1303 до 1341 імп/с і третю стадію ХПБ - від 1342 до 1385 імп/с.
8. Медичні – покращення діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи у робітників ливарного виробництва. Соціальні – покращення якості життя робітників ливарного виробництва шляхом своєчасної індивідуалізованої терапії професійної пилової патології. Економічні – скорочення фінансових витрат на діагностику і лікування 1 хворого на професійну пилову патологію за рахунок зниження кількості ліжко-днів.
9. Реактиви та обладнання для вимірювання інтенсивності люмінол-залежної фосфоресценції сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Пневмокониоз і хронічний пиловий бронхіт.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Мельник О.Г. (0677717896), Капустник В.А., Андросов Є.Д.

#### **ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ**

#### **Реєстр. № 95/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СУДИННИХ ФОРМ РОЗАЦЕА.**

2. НДР «Таргетна терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, в умовах коморбідності», 0114U000931, 2014-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання запропонованого способу лікування забезпечує дію на ключові ланцюги патогенетичних механізмів розвитку судинних форм розацеа, спрямоване на досягнення клінічного одужання, подовження ремісії та на покращення якості життя хворих. Застосовується лікувальний комплекс, що включає використання перорально Доксицикліну у дозі 100 мг двічі на добу протягом 2 тижнів. Місцево призначається гель з азелаїновою кислотою 15%, 1 раз на добу протягом 8 тижнів, також в комплексну терапію додається 1% крем пімекролімус – перші 8 тижнів – вранці, далі – 2 рази на добу до 16 тижня. Крім того, застосовується система інтенсивного імпульсного світла IPL з довжиною хвилі 560-1200 нм, імпульсом 22-26 Дж/см<sup>2</sup>, з проведенням процедур 1 раз на місяць, 2-4 сеанса на курс, починаючи з 4-го тижня лікування. Спосіб є неінвазивним, високоефективний, і може використовуватись у лікувальних дерматологічних та косметологічних установах з метою зменшення клінічних проявів, та отримання стійкої ремісії після проведеної терапії.
8. Підвищення ефективності комплексної диференційованої терапії жінок, хворих на судинні форми розацеа, шляхом врахування особливостей механізму розвитку та клініко-морфологічних проявів дерматозу при використанні комплексної методики лікування з застосуванням системи інтенсивного імпульсного світла IPL.
9. Система імпульсного світла IPL.
10. Судинна форма розацеа у жінок.
11. Прийом фотосенсибілізуючих засобів (гормональних контрацептивів, тетрацикліну, ретиноїдів, фторхінолонів); схильність до утворення келоїдних рубців; інфекційні захворювання; місцеві гнійничкові висипання, епілепсія.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра шкірних та венеричних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9.
14. Медичний центр ПП «Леномед».
15. Святенко Т.В., Старостіна О.А. (0503600010), e-mail: olg.kharitonova@gmail.com.

### **Ресстр. № 96/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ РОЗАЦЕА У ЖІНОК.**
2. НДР «Таргетна терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, в умовах коморбідності», 0114U000931, 2014-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель на корисну модель № 124614. МПК G01N 21/00, G01N 33/00, A61B 10/00. Спосіб прогнозування перебігу розацеа у жінок / Старостіна О.А., Святенко Т.В., Шпонька І.С., Пославська О.В.; заявник і патентовласник . – № u201712471; заявл. 15.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики полягає в визначенні маркерів рецепторів до андрогену (AR) та естрогену (ER) і рівня васкулогенезу в шкірі за маркером росту ендотелію судин VEGF у біоптаті шкіри враженої розацеа. При підвищенні експресії ER рецепторів в епідермісі більше ніж в 2 рази або підвищенні експресії AR рецепторів не більше

ніж в 2 рази порівняно зі здоровою шкірою і при слабкому рівні васкулогенезу в шкірі прогноують сприятливий перебіг розацеа з помірним поступовим формуванням телеангіектазій і низькою вірогідністю влучення в патологічний процес фолікулярного апарату та сальних залоз; при підвищенні експресії AR рецепторів в епідермісі біоптатів більш ніж в 2 рази, та при підвищенні експресії ER рецепторів в епідермісі біоптатів не більш ніж в 2 рази порівняно зі здоровою шкірою та при помірному рівні васкулогенезу в шкірі прогноують перебіг розацеа за гіпертрофічним типом з ущільненням шкіри і формуванням стійкої вираженої дилатації судин і раннім залученням в патологічний процес структур pilosebaceous unit і формуванням папульозних елементів; а при перевищенні показників експресії AR в епітелії залоз та фолікулярному епітелії більш ніж в 4 рази порівняно з епідермісом шкіри хворої і при сильному рівні васкулогенезу в шкірі прогноують несприятливий прогноз розвитку розацеа з формуванням вираженої гіпертрофії сполучної тканини та вираженої гіперплазії сальних залоз, формуванням фолікулярних кіст та ретенційних елементів. Таким чином забезпечується можливість заздалегідь передбачити важкість перебігу хвороби та вчасно призначити виправдану індивідуалізовану терапію.

8. Удосконалення якості діагностики хворих на розацеа жінок шляхом проведення біопсії шкіри, враженої розацеа, шляхом визначення в біоптаті прогностичних маркерів та рівня їх експресії.
9. Моноклональні антитіла до AR, ER, VEGF.
10. Розацеа у жінок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» «, кафедра шкірних та венеричних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9.
14. Співрозробники відсутні.
15. Святенко Т.В., Шпонька І.С., Пославська О.В., Старостіна О.А. (0503600010), e-mail: olg.kharitonova@gmail.com.

#### Реєстр. № 97/5/18

1. **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АКТИНІЧНОГО КЕРАТОЗУ ТА ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014-2018 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Профілактика раку шкіри полягає у своєчасній діагностиці та активному лікуванні передракових станів шкіри, поширенні серед населення знань про небезпечні наслідки інсоляції та про способи захисту від шкідливої дії сонячного випромінювання, а також про клінічні ознаки хвороби. Прагнучи освоїти принципи діагностики та лікування новоутворень шкіри, практичний лікар стикається з настільки великою їх різноманітністю, що виникає питання про наявність логічної системи практичних заходів, здатної повною мірою задовольняти вимогам фахівців різних спеціальностей – хірургів, дерматовенерологів, онкологів та лікарів загальної практики. Методичні рекомендації рекомендуються до практичного застосування у

роботі лікарів онкологів, хірургів, дерматовенерологів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. Актинічний кератоз (АК) – індуковане УФО ураження шкіри, яке може прогресувати в інвазивний плоскоклітинний рак шкіри. Плоскоклітинний рак шкіри (синоніми: сквамозно-клітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермоїдний рак, спіноцеллюлярний рак) (ПКРШ) – злоякісна епітеліальна пухлина шкіри і слизових оболонок, що розвивається з кератиноцитів. Рівень захворюваності на АК та ПКРШ серед населення України обумовлює актуальність вивчення існуючих стратегій медичної допомоги цій категорії пацієнтів. Виявлення характерного для АК та ПКРШ ураження шкіри супроводжується багатьма складнощами, які пов'язані із різноманітними клінічними проявами та тривалим малосимптомним перебігом хвороби. Зокрема, висипи локалізуються на ділянках шкіри, які є типовою зоною для багатьох хронічних дерматозів. Запропонований нами алгоритм передбачає певну кількість знакових клінічних проявів хвороби і дозволяє покращити диференційну діагностику. Необхідно відмітити, що чутливість і специфічність дерматоскопії для діагностики АК і ПКРШ достатньо високі. Тому в режимі реального часу неінвазивний метод діагностичної візуалізації повинен входити до діагностичного алгоритму пухлин шкіри. Проведене дослідження свідчить про обґрунтований вибір радіо хірургічної медичної технології в лікуванні АК і ПКРШ, тому отримані результати підтверджують клінічну та косметичну ефективність запропонованої терапії. Дослідження короткострокового і довгострокового задоволення виявили, що короткострокове задоволення більш імовірно, пов'язано з партнерськими відносинами «пацієнт-лікар», тоді як довгострокове задоволення є відображенням результативності медичної технології. Таким чином, радіохірургічний метод лікування є ефективним елементом якісної медичної допомоги хворим з епітеліальними пухлинами шкіри.

8. У методичних рекомендаціях представлено сучасні особливості клініко-патологістологічних форм актинічного кератозу та плоско клітинного раку шкіри, запропоновано диференційно-діагностичний алгоритм та обґрунтування вибору медичної технології лікування, які можуть широко впроваджуватись в практику лікаря дерматовенеролога, онколога, хірурга та лікаря сімейної медицини медичної з метою своєчасної діагностики, лікування передраку та раку шкіри.
9. Залучення додаткових ресурсів необхідно для придбання медичного USB мікроскопа.
10. Показано для використання в практиці сімейних лікарів, лікарів дерматовенерологів, онкологів, хірургів.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
15. Ошивалова О.О., Шармазан С.І., Остапенко С.П. (0442546435).

#### **Реєстр. № 98/5/18**

1. **СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ.**
2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу діагностики і стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень».
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 121921. МПК А61N 5/06 (2006.01), А61К 31/00, А61Р 17/02 (2006.01). Спосіб комбінованого диференційованого лікування хворих на псоріаз / Асцатуров Г.Є., Сизон О.О., Дапіко М.О., Білинська О.А., Вабак І.Д., Возняк І.Я., Чаплик-Чижо І.О.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201705096; заявл. 25.05.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади.
7. Спосіб лікування хворих на псоріаз, що включає використання вузькоспектральної УФВ-терапії (у діапазоні хвиль 310-315 нм з піковою емісією па довжині 311 нм). Сеанси фототерапії проводять тричі на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця), при ньому кількість процедур коливається в межах 10-20 сеансів і залежить від клінічного перебігу дерматозу (клінічної форми, стадії, розповсюдженості процесу). Для встановлення початкової дози опромінення та призначення індивідуального плану лікування визначали фототип шкіри пацієнта і мінімальну еритематозну дозу (МЕД) за допомогою тестера або емпірично. Перед початком курсу фототерапії, по потребі, застосовують кератолітик (2-5% саліцилову мазь), після сеансів фототерапії і в дні без процедур дворазово на день наносять на вогнище ураження мазь кальцитріол (топічний похідний вітаміну Д<sup>3</sup>), також зовнішньо 1-3 рази на добу застосовують емолієнт (з наявністю в складі вазеліново-гліцеринового комплексу і вітаміну В).
8. Використання корисної моделі дозволить лікувати хворих на псоріаз з різноманітним клінічним перебігом із комбінованим диференційованим застосуванням вузькоспектральної УФВ-терапії, що володіє протизапальними, імуномодулюючими та протимікробними властивостями (перед проведенням якої визначався фототип шкіри і мінімальна еритематозна доза), емолієнта (забезпечує зволоження, пом'якшення і відновлення шкірного покриву), мазі на основі кальцитріолу (забезпечує протизапальний і антипроліферативний ефекти) та враховуючи доведену клінічну ефективність, дозволяє лімітувати патологічний процес шляхом клініко-патогенетичного впливу.
9. Вузькоспектральна УФВ-терапія, кератолітик (2-5% саліцилова мазь), мазь кальцитріол, емолієнт.
10. Для лікування хворих на псоріаз.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, (032) 276-78 17.
14. Немає.
15. Асцатуров Г.Є. (0505497847), Сизон О.О., Дашко М.О., Білинська О.А., Вабак І.Д., Возняк І.Я., Чаплик-Чижо І.О.

#### Реєстр. № 99/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕМОДЕКОЗУ.
2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади дерматологічного профілю.
7. Призначено для підвищення ефективності комплексної терапії демодекозу з використанням лікарського засобу для місцевої терапії – гелю з метронідазолом і сіркою та комплексу на основі сірки SOLGAR. Під спостереженням перебували 95

пацієнтів (70 – основна група та 25 – контрольна), у яких було діагностовано розацеоподібну форму демодекозу. Контрольна група проходила курс лікування за традиційною методикою. Пацієнти основної групи наносили гель з метронідазолом та сіркою щодня на ніч протягом двох місяців та вживали комплекс SOLGAR «Таблетки для шкіри, нігтів та волосся» (2 таблетки на добу протягом 2 місяців). Після проведеної рекомендованої терапії у пацієнтів основної групи відмічалось клінічне одужання (зменшення еритеми, відчуття жару, свербіж та печії на шкірі), тоді як у контрольній групі таке покращення стану шкіри відмічалось значно пізніше.

8. Запропонований і апробований спосіб лікування демодекозу забезпечує протипаразитарну дію, знімає запалення шкіри, сприяє покращенню стану шкіри, скорочує тривалість рецидивів, що суттєво покращує якість життя пацієнтів.
9. Гель з метронідазолом і сіркою, комплекс на основі сірки SOLGAR.
10. Пацієнти із демодекозом.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Ващенко О.О., Ващенко К.Ф., Рудник Т.І. (0677639047).

#### Реєстр. № 100/5/18

1. **КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ШКІРИ ТА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ.**
2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади дерматологічного профілю.
7. Під спостереженням авторів знаходилось 88 хворих віком від 14 до 35 років (основна група – 62 хворих і група порівняння – 26 хворих). Лікарським засобом, який призначали хворим на вугрову хворобу основної групи з метаболічними порушеннями, додатково до препаратів традиційної або базисної терапії, був препарат Омега 3-6-9 (SOLGAR). Комплекс риб'ячого жиру, лляної олії та олії бурячника лікарського, що містить есенціальні жирні кислоти в оптимальних для організму кількостях та відіграє значну роль при підтримці захисних систем організму, гормонального балансу та цілісності клітинної мембрани. Омега 3-6-9 призначали по 1 капсулі 3 рази на добу під час прийому їжі. Значне покращення стану шкіри спостерігалось через 2 місяці лікування.
8. Використання інноваційного способу терапії спрямоване на ефективне лікування хворих на ВХ з різним ступенем тяжкості шляхом застосування патогенетично обґрунтованих методів, що забезпечує виражений клінічний ефект у 92,1% випадків, збільшення періоду ремісії в 1,5-2 рази та підтверджує індивідуальний підхід даного методу терапії.
9. Препарат Омега 3-6-9 (SOLGAR).
10. Пацієнти із вугровою хворобою та порушеннями ліпідного обміну.
11. Немає.
12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Вольбин С.В. (06767523813), Ващенко О.О., Ванюшко-Назарко Н.В.

#### Реєстр. № 101/5/18

1. **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЛІОНІХОМІКОЗУ З МНОЖИННИМИ УРАЖЕННЯМИ НІГТІВ, ПЕРИОНІХЕАЛЬНИХ ТКАНИН ТА ГНІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо анатомічної локалізації на підставі етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», 0115U000043, 2015-2019 рр.
3. Дерматологія, терапія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади дерматологічного та терапевтичного профілів.
7. Призначено для лікування хворих на ускладнений поліоніхомікоз (УПО) з системною антимікотичною пульс-терапією; етапним видаленням нігтьових пластин та розкриттям гнійних вогнищ; місцевою антимікотичною терапією. Протягом трьох днів до оперативного лікування застосовано ад'ювантну системну антимікотичну пульс-терапію щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу. Наступні 4 дні післяопераційного періоду продовжено застосування пульс-терапії щоденним прийомом 200 мг ітраконазолу. Залишені мікотично змінені ділянки нігтів щоденно сановано циклопіроксивмісними антимікотичними лаками. Додатково застосовано чотири 5-денні курси пульс-терапії щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу з 7-денною перервою між ними.
8. Високу ефективність комплексного лікування констатовано у 41 пацієнта основної (85,42%) та у 40 осіб контрольної групи (80%). Вважаємо за доцільне застосування комбінованої терапії ітраконазолом та етапне хірургічне видалення мікотично уражених нігтів при тяжких резистентних ускладнених випадках поліоніхомікозу.
9. Пульс-терапія, місцева антимікотична терапія, інтраконазол, антимікотичні лаки.
10. Пацієнти із резистентним ускладненим поліоніхомікозом.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Кушта Ю.Ф., Вергун А.Р. (03222632384).

#### Реєстр. № 102/5/18

1. **МЕТОД ЛІКУВАННЯ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ.**
2. НДР «Метаболічні предиктори перебігу хвороб внутрішніх органів на фоні ожиріння та їх прогностичне значення», 0117U001081, 2017-2021 рр.
3. Дерматологія, терапія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади дерматологічного та терапевтичного профілів.
7. Виявлено, що хіфенадину гідрохлорид виявився більш ефективним засобом лікування гострих шкірних проявів медикаментозної алергії, ніж левоцетиризину



гідрохлорид. Авторами було проаналізовано ефективність застосування хіфенадину (група А) та левоцетиризину (група В) у 60 хворих на медикаментозну алергію (МА). Найчастішими причинами виникнення МА були нестероїдні протизапальні препарати (35%), антибактеріальні препарати, найчастіше пеніцилінового ряду (31,7%), антигіпертензивні засоби (6,7%), а також протигрибкові, протиепілептичні та вітамінні препарати. Лікування в групі А включало хіфеналину гідрохлорид у дозі 25 мг тричі на день при нетяжкому перебігу МА або 50 мг тричі на день при тяжкому перебігу в перші дні, а після зменшення клінічних проявів – 25 мг на добу. В групі В пацієнти отримували 5 мг левоцетиразину гідрохлориду 1 раз на добу. Додатково усім хворим призначали однаково дезінтоксикаційну терапію та сорбенти. Клінічне покращення у вигляді зменшення свербіжності, інтенсивності гіперемії висипки, розмірів і кількості елементів висипки та розмірів набряку було значно швидшим у групі А ( $2,1 \pm 0,1$  діб), група В –  $3,1 \pm 0,1$  діб ( $p < 0,05$ ).

8. Дане лікування приводить до швидшого клінічного покращення, не впливає на скринінгові біохімічні параметри і добре переноситься пацієнтами.
9. Хіфенадину гідрохлорид, левоцетиразину гідрохлорид, дезінтоксикаційна терапія, сорбенти.
10. Пацієнти із шкірними проявами медикаментозної алергії.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Радченко О.М., Сорокопуд О.О. (0322601419).

#### Реєстр. № 103/5/18

1. **СПОСІБ ІНГІБУВАННЯ ГРИБІВ РОДУ CANDIDA У ХВОРИХ НА ВУЛЬВОВАГІНІТ НА ТЛІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Патологія шкіри та слизових оболонок у хворих із ендокринною патологією», 0116U004980, 2016-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 117533. МПК А61К 31/4196, А61К 31/496, А61К 31/10, А61Р 31/10. Спосіб інгібування грибів роду Candida у хворих на вульвовагініт на тлі ВІЛ-інфекції / Куцевляк Л.О., Дащук А.М.; Кравченко В.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201700949; заявл. 02.02.2017; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Спосіб лікування гострого та хронічного вагінального кандидозу в стадії загострення шляхом призначення 100 мг флуконазолу однократно або 500 мг клотримазолу однократно на першій лінії лікування, на другій лінії лікування – кетоконазолу 200 мг 2 рази на добу курсом 3 дні або кетоконазолу 200 мг 1 раз на добу курсом 7 днів, як підтримуючу терапію – призначення ністатину 2000-4000 мг 2 рази на добу курсом 10 діб або флуконазолу 50-200 мг 1 раз на добу тривало, крім того, пацієнту під контролем біологічних зразків за показниками мікроскопічних досліджень та бакпосіву на середовище Сабуро при гострому та хронічному перебігу процесу, в тому числі в стадії загострення, додатково призначають зовнішній засіб цидипол у вигляді кожнодобових аплікацій інтравагінально курсом до нормалізації контрольованих вимірів. A method for the treatment of acute and chronic candidial vulvovaginitis in exacerbation stage by administration of fluconazole 100 mg once or clotrimazolium 500 mg once on the first line of treatment, on the second line – ketoconazole 200 mg twice a day 3 days or ketoconazole 200 mg once a day 7 days,

as a supporting therapy nystatinum 2000-4000mg twice a day 10 days or fluconazole 50-200 mg once a day a long-term, in addition administration of application of cidipolum intravaginally daily up to the normal under the control of biological samples, microscopy examination, culture study on the Saberio's medium in case of acute or chronic process including exacerbation stage.

7. Спосіб інгібування грибів роду *Candida* у хворих на вульвовагініт на тлі ВІЛ-інфекції, який включає при гострому та хронічному вагінальному кандидозі в стадії загострення призначення флуконазолу 100 мг однократно або клотримазолу 500 мг однократно на першій лінії лікування, на другій лінії лікування, що передбачає призначення кетоконазолу 200 мг 2 рази на добу курсом 3 дні або кетоконазолу 200 мг 1 раз на добу курсом 7 днів, як підтримуючу терапію – призначення ністатину 2000-4000 мг 2 рази на добу курсом 10 днів або флуконазолу 50-200 мг 1 раз на добу тривало, який відрізняється тим, що пацієнту під контролем біологічних зразків за показниками мікроскопічних досліджень та бакпосіву на середовище Сабуро при гострому та хронічному перебігу процесу, в тому числі в стадії загострення, додатково призначають зовнішній засіб цидипол у вигляді кожнодобових аплікацій інтравагінально курсом до нормалізації контрольованих вимірів.
8. Медичні – збільшення відсотка хворих, виписаних з клінічним одужанням в 2,8 рази. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я хворих на гострий та хронічний вагінальний кандидоз в стадії загострення на тлі ВІЛ-інфекції. Економічні – скорочення витрат за рахунок скорочення терміну лікування в 3 рази.
9. Лікарські засоби: флуконазол або клотримазол, кетоконазол, ністатин, цидипол.
10. Гострий та хронічний вагінальний кандидоз в стадії загострення.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Не виявлені.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Дащук А.М., Добржанська Є.І. (0504025154), Пустова Н.О.

#### Реєстр. № 104/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПСОРИАЗ В ПРОГРЕСУЮЧІЙ СТАДІЇ.**
2. НДР «Патологія шкіри та слизових оболонок у хворих із ендокринною патологією», 0116U004980, 2016-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 117293. МПК А61N 5/06, А61К 31/4045, А61Р 17/06. Спосіб лікування хворих на розповсюджений псоріаз в прогресуючій стадії / Дащук А.М., Добржанська Є.І., Пустова Н.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201611247; заявл. 07.11.2016; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Спосіб лікування хворих на розповсюджений псоріаз в прогресуючій стадії шляхом призначення вузько спектральної ультрафіолетової В терапії з довжиною хвилі 311 нм кожнодобово та додатково з першого дня фототерапії призначають препарат з мелатоніном під контролем показників рівнів кортизолу та інсуліну кожні два тижні лікування, курсом до зниження клінічних проявів прогресування захворювання, при цьому при зниженні рівня кортизолу поряд з підвищенням рівня інсуліну у порівнянні із попередніми вимірами курс препарату мелатоніну продовжують. A method for the treatment of patients with spread psoriasis in progressive stage by prescription of narrow band 311 nm UVB phototherapy daily and a medicine with melatonin under control of cortisol and insulin levels every 2 weeks of the treatment, the

course lasts until the decline of clinical manifestations, at the same time melatonin's medicine course continues in the case of decreased level of cortisol and increased level of insulin.

7. Спосіб лікування хворих на розповсюджений псоріаз, який включає призначення вузькоспектральної ультрафіолетової В терапії з довжиною хвилі 311 нм, який відрізняється тим, що в прогресуючій стадії захворювання вузькоспектральну ультрафіолетову В терапію призначають кожnodобово та додатково з першого дня фототерапії призначають адаптоген віта-мелатонін в дозі 6 мг один раз на добу, на ніч, в один і той же час, під контролем показників рівнів кортизолу та інсуліну кожні два тижні лікування, курсом до зниження клінічних проявів прогресування захворювання, при цьому при зниженні рівня кортизолу поряд з підвищенням рівня інсуліну у порівнянні із попередніми вимірами курс віта-мелатоніну продовжують.
8. Медичні – збільшення відсотка хворих, виписаних з клінічним одужанням в 2,6 рази. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я хворих на розповсюджений псоріаз у прогресуючій стадії. Економічні – скорочення витрат на лікування за рахунок скорочення середнього строку перебування хворого в клініці на 2,5 ліжко-днів.
9. Лікарський засіб: віта-мелатонін, пристрій для вузькоспектральної ультрафіолетової В терапії.
10. Розповсюджений псоріаз у прогресуючій стадії.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Не виявлені.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Дащук А.М., Пустова Н.О., Добржанська Є.І. (0504025154).

#### Реєстр. № 105/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТИТИВ.**
2. НДР «Комплексна терапія хворих на псоріаз з урахуванням про- та антиоксидантного статусу та функціонального стану печінки», 0113U002277, 2013-2015 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 106312. МПК А61К 38/08, А61N 1/30, А61Р 37/08. Спосіб лікування алергічних дерматитів / Дащук А.М., Малахов В.О., Пустова Н.О., Шевченко В.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201305549; заявл. 29.04.2013; опубл. 11.08.2014. Бюл. № 15.
6. Спосіб лікування алергічних дерматитів шляхом інтраназального електрофорезу антиоксиданту пептиду дельта-сну (0,0003 г) при силі струму від 0,3-0,5 до 2-3 мА з тривалістю процедури від 10 до 30 хвилин. A method for the treatment of allergic dermatitis by intranasal antioxidant peptide delta-sleep (0.0003 g) with a current of 0.3-0.5 to 2-3 mA with a treatment duration of 10 to 30 minutes.
7. Спосіб лікування алергічних дерматитів, який включає електрофорез лікарського засобу з антиоксидантними властивостями, який відрізняється тим, що хворому як антиоксидант призначають дельталіцин, який вводять шляхом інтраназального електрофорезу, при силі струму від 0,3-0,5 до 2-3 мА, з тривалістю процедури від 10 до 30 хвилин щодобово, курсом лікування 10-20 процедур, зовнішньо на висипи призначають крем целестодерм.
8. Медичні – збільшення відсотка хворих з клінічним одужанням в 2,8 рази. Соціальні – покращенні якості життя та здоров'я хворих на алергічні дерматити. Економічні – скорочення фінансових витрат за рахунок скорочення середнього строку

- перебування хворого в клініці на 2,5 ліжко-днів, а також подовження строку ремісії в 2,3 рази.
9. Прилад для електрофорезу, дельталіцин, крем целестодерм.
  10. Алергічні дерматити.
  11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Дащук А.М., Пустова Н.О., Добржанська Є.І. (0504025154).

### Реєстр. № 106/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІОДЕРМІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Патологія шкіри та слизових оболонок у хворих із ендокринною патологією», 0116U004980, 2016-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 116320. МПК А61К 31/11, А61К 31/115, А61К 31/4545, А61К 31/65, А61Р 3/10, А61Р 17/00. Спосіб лікування піодермій у хворих на цукровий діабет 2 типу / Дащук А.М., Пустова Н.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201702364; заявл. 14.03.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Спосіб лікування піодермій у хворих на цукровий діабет 2 типу включає обмеження швидкозасвоюваних вуглеводів, призначення дієти № 9, доксицикліну 100 мг 2 рази на добу 7 днів, лоратадину по 1 таблетці 1 раз на добу, метформіну 500 мг під час прийому їжі 2 рази на добу, зовнішньо – розчину цидіполу 2 рази на добу. Цидіполом протирають ділянки, на яких спостерігаються фолікулярні папули та пустули та навколишні ділянки видимо здорової шкіри. A method of treating pyoderma in patients with type 2 diabetes involves the restriction of thyroid-digestible carbohydrates, the appointment of a diet number 9, doxycycline 100 mg 2 times a day for 7 days, loratadine 1 tablet 1 time per day, metformin 500 mg during meals 2 times a day, externally - solution of cidipolum 2 times a day. Cidipolum wipes areas where follicular papules and pustules and surrounding areas of apparently healthy skin are observed.
7. Спосіб лікування піодермій у хворих на цукровий діабет 2 типу, який включає призначення дієти, системної та місцевої терапії, який відрізняється тим, що призначають дієту № 9, обмежують вживання швидкозасвоюваних вуглеводів, як системну терапію призначають доксициклін 100 мг 2 рази на добу 7 днів, лоратадин по 1 таблетці 1 раз на добу, метформін 500 мг під час прийому їжі 2 рази на добу, як зовнішню терапію призначають цидіпол 2 рази на добу шляхом протирання ділянок з фолікулярними папулами і пустулами та навколишніх ділянок видимо здорової шкіри.
8. Медичний ефект – клінічне одужаннями 80 % хворих на піодермію та цукровий діабет 2 типу. Соціальний ефект – покращення якості життя та здоров'я хворих із піодермією на тлі цукрового діабету 2 типу. Економічний ефект – скорочення фінансових витрат на лікування хворих.
9. Лікарський засіб, що містить циміналь, димексид і поліетиленоксид.
10. Піодермії у хворих на цукровий діабет 2 типу.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Не виявлені.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.

15. Дашук А.М., Пустова Н.О., Добржанська Є.І. (0504025154).

#### Реєстр. № 107/5/18

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ, ПОЄДНАНОЇ ІЗ ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКУ.**
- НДР «Патологія шкіри та слизових оболонок у хворих із ендокринною патологією», 0116U004980, 2016-2018 рр.
- Дерматовенерологія.
- 2++,В.
- Патент України на винахід № 115642. МПК А61К 31/11, А61К 31/7052, А61К 35/741, А61Р 17/10. Спосіб лікування вугрової хвороби в стадії загострення, поєднаної із дисбіозом кишечника / Літвін О.С., Дашук А.М., Кравченко В.Г., Добржанська Є.І.; Харківський національний медичний університет. – № а201705596; заявл. 23.01.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
- Спосіб лікування вугрової хвороби в стадії загострення, поєднаної із дисбіозом кишечника, який включає призначення антибіотика в супроводі пробіотика та засобу місцевого застосування. A method of treating acne in an exacerbation phase, combined with intestinal dysbiosis, which includes the administration of an antibiotic, accompanied by a probiotic and a topical remedy.
- Спосіб лікування вугрової хвороби в стадії загострення, поєднаної із дисбіозом кишечника, який включає призначення антибіотика в супроводі пробіотика та засобу місцевого застосування, який відрізняється тим, що як антибіотик призначають азитроміцин в дозі 500 мг 3 рази на тиждень впродовж 8 тижнів, додатково системно призначають пробіотик біолакт в дозі 300 мг 2 рази на добу протягом 8 тижнів, для місцевого лікування призначають антисептик цидипол для зовнішнього застосування шляхом обробки вугрів у вигляді розчину 2 рази на добу вранці і ввечері, курсом 25-30 днів.
- Медичні – збільшення відсотка хворих, виписаних з клінічним одужанням. Соціальні – покращенні якості життя та здоров'я хворих на вугрову хворобу. Економічні – скорочення витрат за рахунок скорочення середнього строку перебування хворого в клініці на 2,5 ліжко-днів, а також подовження строку ремісії в 2,3 рази.
- Пробіотик Біолакт, антисептик Цидипол.
- Вугрова хвороба в стадії загострення.
- Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
- Немає.
- Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
- Немає.
- Дашук А.М., Кравченко В.Г., Добржанська Є.І., Парасочка О.С. (0501389020).

#### Реєстр. № 108/5/18

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ, ПОЄДНАНИЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.**
- НДР «Оптимізація лікування псоріатичної патології, поєднаної з артеріальною гіпертензією», 0116U004976, 2016-2018 рр.
- Шкірні та венеричні хвороби.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 119741. МПК А61К 31/00. Спосіб лікування хворих на псоріаз, поєднаний з артеріальною гіпертензією / Біловол А.М., Ткаченко С.Г., Татузян Є.Г., Берегова А.А., Колганова Н.Л., Ніколаєва В.Б.; заявник

- і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201702559; заявл. 20.03.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 17.
6. Спосіб підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз, поєднаний з артеріальною гіпертензією, в якому передбачається призначення хворому седативних, дезінтоксикаційних, гіпосенсибілізуючих та антигістамінних засобів, вітамінів, зовнішнього лікування, а також комплексу кверцетину з полівінілпіролідом та пентоксифілін. The way of improving the treatment of patients with psoriasis combined with arterial hypertension, which prescribes the using of sedative, detoxification, hyposensibilizing and antihistamines, vitamins, external treatment, as well as a complex of quercetin with polyvinylpyrrolidone and pentoxifylline to the patient.
  7. Спосіб лікування хворих на псоріаз, поєднаний з артеріальною гіпертензією, який включає призначення седативних, дезінтоксикаційних, гіпосенсибілізуючих та антигістамінних засобів, вітамінів, зовнішнього лікування, який відрізняється тим, що додатково призначають патогенетичне лікування: комплекс кверцетину з полівінілпіролідом по 50 мл у 50 мл фізіологічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно краплинно двічі на день № 10 та пентоксифілін перорально у таблетках 0,2 г тричі на добу після прийому їжі протягом двох тижнів та 0,1 г тричі на добу ще протягом одного тижня.
  8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на псоріаз, поєднаний з артеріальною гіпертензією. Соціальні – покращення якості життя у хворих на псоріаз, поєднаний з артеріальною гіпертензією. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування хворого, зменшення ліжко-днів перебування у стаціонарі.
  9. Лікарський препарат корвітин – комплекс кверцетину з полівінілпіролідом, лікарський препарат пентоксифілін.
  10. Псоріаз, асоційований з артеріальною гіпертензією.
  11. Протипоказання для вживання корвітину та пентоксифіліну за інструкцією.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Біловол А.М., Ткаченко С.Г. (0671223703), Татузян Є.Г., Берегова А.А., Колганова Н.Л.

## **ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА**

### **Реєстр. № 109/5/18**

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.**
2. НДР «Науково-методичний супровід забезпечення стандартизації та персоніфікації лікувально-профілактичної та реабілітаційної діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини», 0118U4001145, 2018-2022 рр.
3. Загальна практика-сімейна медицина.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 124602. МПК G01N 33/49 (2006.01), A61B 5/103 (2006.01). Спосіб ранньої діагностики ураження нирок хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію / Хімійон Л.В., Тимошук Л.С., заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201712259; заявл. 11.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. В клінічній практиці на первинному етапі для діагностики ураження нирок використовується визначення розрахункової швидкості клубочкової фільтрації

(рШКФ) за рівнем креатиніну, формулою СКД-ЕРІ. Однак на I-й і нерідко на II-й стадіях ХХН, саме тільки зниження рШКФ за креатиніном (рШКФcreat) не дає змогу встановити наявність ХХН, оскільки рШКФcreat може бути нормальною (хибнонегативною) або на нижній межі норми. У таких випадках необхідні інші діагностичні підходи для виявлення ураження нирок, що допоможуть встановити діагноз. Поставлену задачу у відомому способі діагностики ураження нирок у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію здійснюють шляхом клініко-лабораторних досліджень та подальшого підрахунку індивідуального сумарного бального показника, згідно з корисною моделлю, додатково збирають анамнез (інформація про тривалість АГ), проводять вимірювання індексу маси тіла (ІМС), об'єму талії, визначення рівня цистатину С в сироватці крові з подальшим розрахунком рШКФcyst за формулою СКД-ЕРІ, проводять оцінку функції ендотелію у пробі ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) та вираховують індивідуальний бальний показник, при <4 балів (15%) балів діагностують відсутність ураження нирок, при 4,5-7 бали (16-50%) – субклінічне ураження нирок зі збереженим функціональним нирковим резервом (ФНР), при 7,5-9 бали (51-85%) – субклінічне ураження нирок із втратою ФНР та при >9 балів (>86%) – гіпертензивна нефропатія.

8. Підвищення ефективності діагностики ураження нирок у хворих з ЕАГ. Медична ефективність: збільшення точності діагностики ураження нирок при АГ I стадії на етапі первинної медичної допомоги. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності діагностики та призначення адекватного та вчасного лікування та зниження частоти ускладнень гіпертензивної нефропатії, що потребує тривалого та складного лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику та лікування хворих з ЕАГ, що ускладнюється гіпертензивною нефропатією.
9. Автоматичний біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення в сироватці крові креатиніну, цистатину С, механічний тонометр, ростомір, ваги, сантиметрова стрічка.
10. Даний спосіб діагностики застосовується для визначення субклінічного ураження нирок при ЕАГ.
11. Тяжкі стани пацієнтів, порушення свідомості.
12. Щоб запобігти можливих помилок при використанні даного методу діагностики необхідно дотримуватися чіткості (чітке маркування дослідницьких зразків пацієнтів) та послідовності виконання.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел. (044) 205-48-33.
14. Немає.
15. Хіміон Л.В., Тимошук Л.С.

#### Реєстр. № 110/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЯ ЗАЛЕЖНОСТІ БІФІДОБАКТЕРІЙ І ЛАКТОБАКТЕРІЙ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖУ ВІД ПОКАЗНИКІВ ЗАСЕЛЕНОСТІ ЛАКТОБАКТЕРІЙ У ФЕКАЛІЯХ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямів на первинному рівні надання медичної допомоги», 0113U002455, 2013-2021 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 2+, ▼.
5. Патент України на корисну модель № 127118. МПК G01N 33/554 (2006.01), C12N 1/02 (2006.01), C12Q 1/02 (2006.01). Спосіб прогнозування ступеня заселеності біфідобактерій і лактобактерій бронхоальвеолярного лаважу від показників

- заселеності лактобактерій у фекаліях. / Тиш О.Б., Матюха Л.Ф., Тиш І.І.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201804432; заявл. 23.04.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
  7. Нововведення відноситься до амбулаторної та поліклінічної допомоги і може застосовуватись при прогнозуванні ступеня заселеності біфідобактерій і лактобактерій бронхоальвеолярного лаважу від показників заселеності лактобактерій у фекаліях.
  8. Вперше розроблено спосіб, що дозволяє прогнозувати чисельність популяції біфідобактерій і лактобактерій бронхоальвеолярного лаважу від показників заселеності лактобактерій у фекаліях, використовуючи регресійний аналіз.
  9. Лікар-загальної практики сімейної медицини, результат бактеріологічного дослідження калу (лактобактерії), формула корисної моделі, калькулятор.
  10. При наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з рекурентним бронхітом у віці з 18-35 років.
  11. Немає.
  12. Модель описує 80-85% показників нашої вибірки,  $R^2=0,85$ . Статистична значущість в отриманій моделі складає 0,001. Це свідчить про те, що регресійна модель, що побудована на основі даних пацієнтів, які потрапили у вибірку, справедливі для популяції 18-35 років в цілому.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Матюха Л.Ф. (0442881033), Тиш О.Б.

#### Реєстр. № 111/5/18

1. **РОЗРОБКА СИСТЕМИ ОЦІНКИ ЗНАТЬ ТА ЇХ ВИЖИВАННЯ ПРИ СИМУЛЯЦІЙНОМУ НАВЧАННІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Розробити та встановити ефективність комплексної інноваційної системи симуляційних технологій в сімейній медицині», 0115U006637, 2016-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Симуляційне навчання, базові лапароскопічні уміння, студенти медичних вищих навчальних закладів, лікарі-інтерни, лікарі загальної практики – сімейної медицини.
7. Вивчені результати симуляційного навчання студентів останніх курсів медичного університету. Використовувався модуль «Базові лапароскопічні навички». Проводилося попереднє і заключне самооцінювання і зовнішнє оцінювання рівня практичних умінь протягом 2-х років навчання. Визначалися розроблені нами коефіцієнт самооцінки за анкетами, коефіцієнт практичних умінь за оціночними чек-листами, результуючий коефіцієнт практичних умінь.
8. Система дозволяє проводити більш точне та оптимальне оцінювання результатів симуляційного навчання, передбачати довгостроковість виживання практичних знань, сприяє виявленню строків повторного навчання, не потребує великих матеріальних втрат, є обґрунтованою, зручною, безпечною і ефективною.
9. Віртуальний ендоскопічний симулятор «LapMentor» (3DSystems), програмне забезпечення модуля «базові лапароскопічні уміння», інструктори симуляційного навчання.
10. Безперервне симуляційне навчання студентів останніх курсів медичних вищих навчальних закладів, лікарів-інтернів та лікарів-початківців.
11. Немає.



12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет. 65026, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Артьоменко В.В., Носенко В.М. (0506284298), Караконстантин Д.Ф., Первак М.П., Єгоренко О.С.

## ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

### Реєстр. № 112/5/18

1. **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АЛОКСАНОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ СИСТЕМИ ЕНЕРГОЗАБЕСПЕЧЕННЯ НИРОК У ЩУРІВ.**
2. НДР «Стресіндуковані морфофункціональні та біохімічні зміни структур хроноперіодичної і гепато-ренальної систем у ссавців», 0114U002472.
3. Ендокринологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 119527. МПК G01N 33/49 (2006.01). Спосіб моделювання алоксанового діабету та зміни активності ферментів системи енергозабезпечення нирок у щурів / Геруш І.В., Дікал М.В., Чернюх О.Г., Хоменко В.Г.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201703908; заявл. 20.04.2017; опубл. 25.09.2017. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Використання способу дозволить змодельовати діабет з урахуванням впливу алоксану, що впливає на зміни активності ферментів системи енергозабезпечення нирок. Отже, суть нововведення полягає у створенні нового способу отримання штучного діабету, що дозволить більш точно оцінити порушення в активності ферментів системи енергозабезпечення нирок.
8. На відміну від відомого прототипу, при якому не виявлено достовірних змін при моделюванні алоксанового діабету, при використуванні запропонованим способом застосовують одноразове внутрішньоочеревинне уведення 5 % розчину моногідрату алоксану у дозі 150 мг/кг.
9. Статевозрілих самців безпородних білих щурів масою 0,15-0,18 кг утримують в твариннику при сталій температурі, вологості повітря, вільному доступі до води і їжі, цукровий діабет викликали шляхом внутрішньоочеревиного уведення 5% розчину моногідрату алоксану у дозі 150 мг/кг. Термостат, дозатор, фотоколориметр, центрифуга лабораторна, 10 мМ фосфатний буфер, 5 мМ бурштинова кислота, 1,25 мМ ЕДТА, 7,5 мМ азид натрію, 1,25 мМ розчин фериціаніду калію, 10% трихлороцтова кислота, трис-НСІ, динатрієва сіль АТР, MgSO<sub>4</sub>, 2,4-динітрофенол, СаCl<sub>2</sub>, розчин 0,9% натрію хлориду.
10. Використання способу дозволить підвищити точність діагностики оцінки порушень активності ферментів системи енергозабезпечення нирок, що являється важливим у терапевтичній практиці.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії. 58022, м. Чернівці, вул. Богомольця, 2, тел. (0372) 53-52-53.
14. Немає.

15. Геруш І.В., Дікал М.В. (0501738667), (0372535253), Чернюх О.Г., Булик Р.Є., Хоменко В.Г., Рябая О.В.

**Реєстр. № 113/5/18**

1. **АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ СУБКЛІНІЧНОГО СИНДРОМУ КУШИНГА У ПАЦІЄНТІВ ГРУП РИЗИКУ.**
2. НДР «Скринінг та діагностика субклінічного синдрому Кушинга», 0116U003042, 2016-2018 рр.
3. Ендокринологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130639. МПК (2016.01) G01N 33/48 (2006.01), А61В 5/145 (2006.01), А61В 17/00. Спосіб етапного комбінованого лікування первинної двобічної макронодулярної гіперплазії надниркових залоз (primary bilateral macronodular adrenal hyperplasia – РВМАН), що супроводжується гіперкортизолемією / Черенько С.М., Ларін О.С., Третяк О.Е.; заявник і патентовласник Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. – № u201712666; заявл. 20.12.2017; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Клінічна характеристика хворих, яким показано виконання скринінгових досліджень на наявність субклінічного синдрому Кушинга(СК) – це пацієнти із комбінацією складових метаболічного синдрому – ожирінням, порушенням вуглеводного обміну, артеріальною гіпертензією, остеопорозом та інциденталоміями наднирників. До виконання лабораторних досліджень усім пацієнтам треба виключити екзогенний СК на тлі прийому глюкокортикостероїдів (ГКС). Згідно запропонованого протоколу, як відображено на рисі, на першому (I) етапі усім пацієнтам виконується нічна супресивна проба з дексаметазоном 1 мг (overnight test, ОТ). Критерієм виключення прихованого ендогенного гіперкортицизму набуває значення кортизолу натщесерце після ОТ 1,8 ug/dl – згідно з рекомендаціями діагностики синдрому Кушинга (СК) [The Diagnosis of Cushing’s Syndrome An Endocrine Society Clinical Practice Guideline JClinEndocrinolMetab. 2008]. У пацієнтів з показником кортизолу після ОТ >1,8 ug/dl виконується дослідження добової екскреції кортизолу та вимір ранішнього АКТГ(до 8 години ранку, натщесерце). Рішення про виконання досліджень візуалізації – КТ або МРТ для верифікації структурних змін надниркових залоз приймається у випадку лабораторного підтвердження автономної секреції кортизолу на підставі відповідності лабораторних показників пацієнта наступним критеріям: 1) рівень кортизолу після ОТ >1,8 ug/dl < 3,0 ug/dl + АКТГ <10 пг/мл + добова екскреція кортизолу вища за референтні значення; 2) кортизол після ОТ >3 ug/dl <5,0 ug/dl + АКТГ <10 пг/мл або добова екскреція кортизолу вища за референтні значення; 3) кортизол після ОТ >5,0 ug/dl . При рівні АКТГ вище за референтні значення пацієнтам виконується дводенна дексаметазонова проба (8мг/добу) з подальшим виконанням МРТ гіпофіза у випадку супресії рівня кортизолу більш ніж 50%. У випадку відсутності супресії рівня кортизолу показано виконання діагностичного пошуку причини АКТГ – ектопічного синдрому.

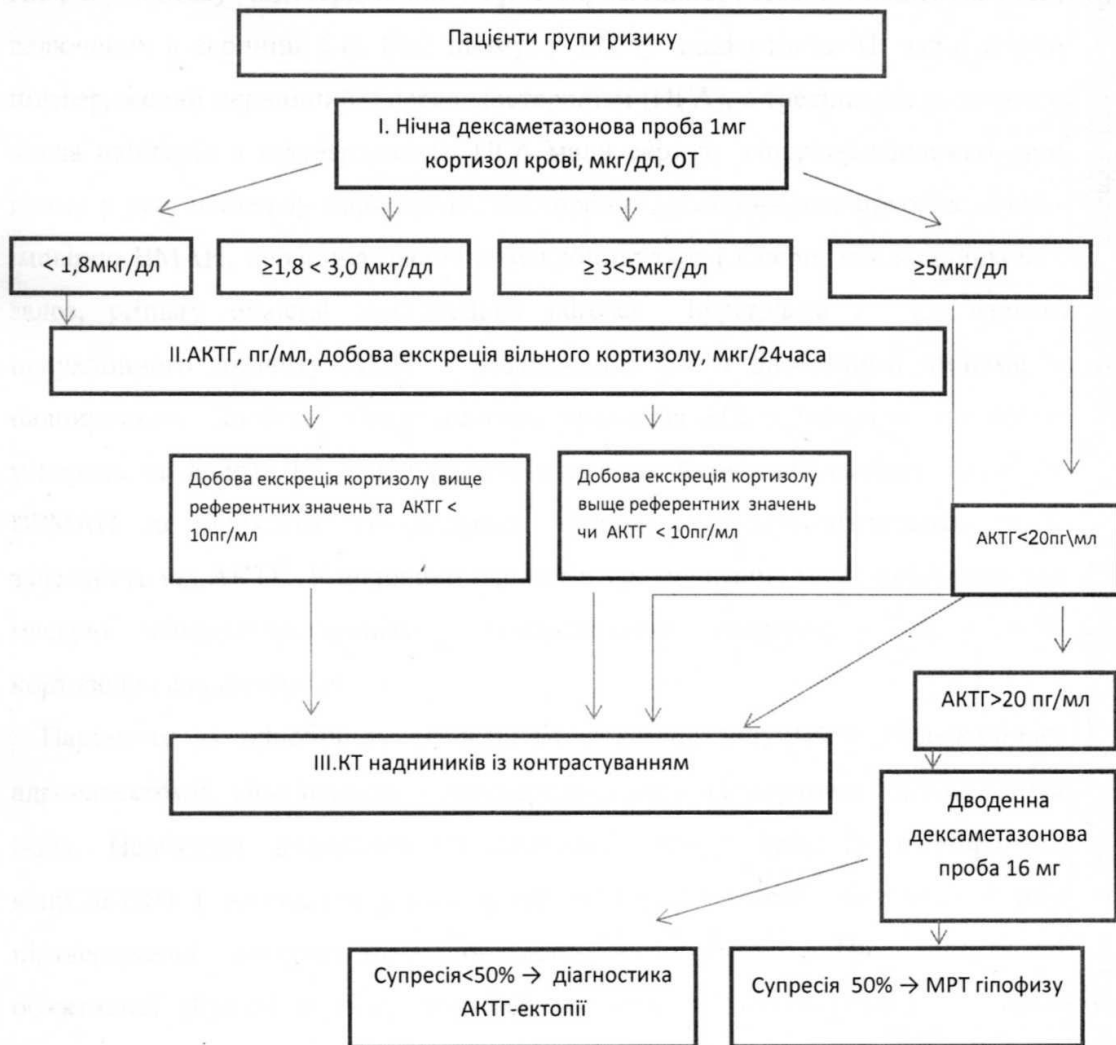


Рис. 1. Алгоритм виконання скринінгових досліджень на наявність субклінічного синдрому Кушинга

У разі підтвердження наявності утворень наднирників у поєднанні із скритою гіперкортизолемією має значення, чи є структурні зміни одне/двосторонні. В разі двостороннього ураження доцільно визначення альдостерон-ренінового співвідношення (АРС). Згідно з дослідженням авторів, діагноз ендогенного гіперкортицизму підтверджений у 5,7% від загальної кількості пацієнтів з АГ, включених в скринінг СК. При цьому, у 19,7% пацієнтів із АГ лабораторно підтверджений первинний гіперальдостеронізм (ПГА), а третина від загального числа пацієнтів з підтвердженим ПГА мали скриту гіперкортизолемію, при цьому у усіх пацієнтів мали місце двостороннє ураження надниркових залоз – імовірно ВМАН, первинна двобічна макронодулярна гіперплазія надниркових залоз, primary bilateral macronodular adrenal hyperplasia. Це варіант непухлинного варіанту АКТГ – незалежного СК з двобічними змінами у наднирниках. Двобічні гіперпластичні ураження НЗ з низькою щільністю утворень за даними КТ мають розглядатись, як ймовірний варіант синдрому ВМАН та підлягати лабораторним тестам на гіперкортизолемію та її залежність від АКТГ. У половини пацієнтів захворювання може перебігати під маскою гіперальдостеронізму, демонструючи поєднану гіперсекрецію кортизолу і альдостерону. Пацієнтам із одnobічним ураженням

показано виконання бароскопічної адреналектомії. При наявності двосторонніх змін надниркових залоз тактика інша. Необхідно виконання селективного забору крові з надниркових вен (СЗКНВ) і виконання односторонньої адреналектомії виключно в разі підтвердженої латералізації гормональної активності. При відсутності об'єктивної різниці в гіперпродукції кортизолу / альдостерону, показано виконання провокативних / блокуючих проб на наявність в надниркових залозах ектопічних (аберантних) рецепторів до ряду пептидів і гормонів. Докази базуються на провокаційних пробах – створюються умови стимуляції аберантних рецепторів або вводиться потенційно стимулююча речовина з серійним визначенням кортизолу сироватки, частковою відповідь вважається при підвищенні кортизолу 25-49%, повною – при підвищенні від базального рівня >50%.

Алгоритм досліджень та тактика лікування при наявності структурних змін наднирників у пацієнтів із підтвердженим СК демонструється на рис. 2.



Рис. 2. Алгоритм досліджень та тактика лікування при наявності структурних змін наднирників у пацієнтів із підтвердженим СК.

На основі отриманих даних авторами запропоновано алгоритм дослідження на наявність ектопічних рецепторів у НЗ пацієнтів з РВМАН, верифікованим після встановлення діагнозу клінічного СК або після скринінгу на прихований СК у пацієнтів із двобічними гіперпластичними ураженнями НЗ за даними візуалізаційних обстежень. Першим етапом визначають механізм стимуляції НЗ шляхом пошуку варіантів, придатних для простого ефективного консервативного лікування. Передбачається проведення таких основних тестів, як: 1) проба із стандартною порцією їжі на наявність рецепторів гастроінтестинального пептиду; 2) постуральна проба або фізичне навантаження (позраження рецепторів ангіотензину, вазопресину, катехоламінів); 3) стимуляція рецепторів пролактину введенням аміназіну. При підтвердженні наявності ектопічних рецепторів можливе консервативне лікування – блокада цих рецепторів досягається відповідним призначенням аналогів соматостатину, бета-блокаторів або блокаторів ангіотензинових та рецепторів бромокриптину.

8. Покращення діагностики субклінічного синдрому Кушинга у пацієнтів із інциденталомами надниркових залоз, артеріальною гіпертензією (АГ), цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та ожирінням. Упровадження буде сприяти визначенню причини кортизолемії та тактики подальшого патогенетичного лікування – консервативного чи оперативного, що дозволить підвищити ефективність лікування хворих на субклінічний синдром Кушинга у пацієнтів груп ризику, підвищити якість життя на покращити прогноз.
9. Апарат електрохемилюмінесцентного аналізу для визначення кортизолу, альдостерону крові; апарат імуноферментного аналізу для визначення АКТГ, реніну плазми, кортизолу добовій сечі; комп'ютерний томограф для топічної діагностики структурних змін наднирників.
10. Наявність у пацієнта ожиріння, ускладненого цукровим діабетом 2 типу; резистентні форми артеріальної гіпертензії, артеріальна гіпертензія у осіб молодше 40 років; пацієнти із одно/двосторонніми утворюваннями наднирників.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 02091, м. Київ, Кловський узвіз 13-А.
14. Немає.
15. Щекатурова Л.В., Третяк О.Е. (0442543216).

#### Реєстр. № 114/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ІРИСИНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125189. МПК G01N 33/50 G01N 33/53. Спосіб прогнозування прогресування інсулінорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ожирінням за рівнем ірисину / Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800897; заявл. 31.01.2018; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати прогресування інсулінорезистентності при артеріальній гіпертензії на тлі ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis insulin resistance progression in arterial hypertension on the background of obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб діагностики інсулінорезистентності у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ожирінням, який включає визначення рівня ірисину, який відрізняється тим, що хворим з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння визначають рівень ірисину в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він нижче, ніж  $1,94 \pm 0,04$  нг/мл, прогнозують прогресування інсулінорезистентності.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння на 7,4 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на артеріальну гіпертензією й ожиріння за рахунок

- зниження ліжко-днів на 7,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення ірисину (комерційна тест-система «Human Irisin ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
  10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Шапаренко О.В. (0577062975), Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 115/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ СТАНІВ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.**
2. НДР «Клініко-генетичні, біохімічні та імунологічні характеристики захворювань внутрішніх органів у хворих з дегенеративними та дисметаболічними артропатіями та шляхи їх медикаментозної корекції», 0116U004987, 2016-2020 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127055. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопоротичних станів при коморбідному перебігу хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії / В'юн Т.І., Пасієшвілі Л.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201804284; заявл. 05.03.2018; опубл. 10.07.2018ю Бюл. № 13.
6. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопорозу, який включає вивчення поліморфізму гена рецепторів вітаміну D у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту і артеріальної гіпертензії методом полімеразної ланцюгової реакції та при виявленні алеля В прогнозують ризик розвитку остеопоротичних змін. The method for predicting the risk of osteoporosis, which involves studying the effect of vitamin D receptor gene polymorphism, in patients with a comorbidity of chronic pancreatitis and arterial hypertension by polymerase chain reaction and, when the allele B is detected, predict the risk of developing osteoporotic changes.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопорозу у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії включає метод полімеразної ланцюгової реакції, за допомогою якого визначають генотипи гена рецепторів вітаміну D та при виявленні алеля В прогнозують ризик розвитку остеопоротичних змін.
8. Медичні – зниження ризику прогресування остеопорозу у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії. Соціальні – підвищення якості життя хворих з хронічним панкреатитом та артеріальною гіпертензією. Економічні – зниження кількості днів непрацездатності, скорочення фінансових витрат на лікування хворих.
9. Шестиканальний аналізатор Rotor-Gene™ 6000 («Corbett Research», Australia), набори фірми «Літех» (Росія) для визначення поліморфізму гена рецепторів вітаміну D.
10. Хронічний панкреатит, артеріальна гіпертензія, остеопоротичні стани.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.

15. В'юн Т.І. (0669159081), Пасієшвілі Л.М.

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 116/5/18**

- 1. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМАХ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ.**
- НДР «Санітарно-епідеміологічний моніторинг циркуляції збудників інфекційних захворювань з фекально-оральним механізмом передачі з метою удосконалення сучасного санітарного нормативно-правового забезпечення діяльності органів практичної охорони здоров'я», 0115U006639, 2016-2018 рр.
- Епідеміологія.
- 2++,С.
- Немає.
- Немає
- Пропонується для запровадження в регіональні програми імунопрофілактики.
- Доведено та обґрунтовано доцільність імунопрофілактики ротавірусної інфекції на основі отриманих результатів вивчення проявів епідемічного процесу на території південних областей України (Миколаївської, Одеської та Херсонської областей). Застосування методу дозволяє знизити рівень матеріальних затрат, що пов'язані як з лікуванням дітей, так і з виплатами за лікарняними листами батькам. Очікувані результати після застосування вакцинопрофілактики: через 1-2 роки зменшення рівня гострих кишкових інфекцій вдвічі та ротавірусної інфекції втричі серед дітей до п'яти років, що проживають на території Одеської області.
- Оснащення для постійно діючого кабінету щеплень виконання програми ВООЗ в рамках цілей сталого розвитку до 2030 року (ціль номер три – забезпечення здорового способу життя, попередження випадків запобіжної смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років).
- Немає.
- Не відмічені.
- Немає.
- Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
- Немає.
- Голубятников М.І., Козішкурт О.В. (0677378912).

## **ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ**

### **Реєстр. № 117/5/18**

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЦНС.**
- НДР «Епігенетичні фактори виникнення хвороб, що асоціюються з персистируючими інфекціями у дітей та дорослих», 01174004785, 2018-2021 рр.
- Інфекційні хвороби.
- 1++,С.
- Патент України на корисну модель № 127448. МПК (2018.01), А61В 5/00, А61В 5/03 (2006.01), G01N 33/53 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01), G01N 33/487 (2006.01).

- Спосіб визначення ризику смертності, переважно у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС / Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Губар І.О.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». – № u201804498; заявл. 24.04.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
  7. Поставлена задача вирішується тим, що в даному способі визначення ризику смертності у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС, окрім загальних лабораторних досліджень, з врахуванням протипоказань, при клінічній маніфестації неврологічних проявів, проводиться відбір спинномозкової рідини (СМР), досліджують в ній експресію основного білка мієліну шляхом імуноферментного аналізу, встановлюють наявність ризику несприятливого перебігу захворювання, при концентрації основного білку мієліну у спинномозковій рідині  $>2$  нг/мл, а за попередньо розрахованим за результатом ROC-аналізу та складеним рівнянням регресії визначають ймовірність ризику смертності:  
 $P_c = 1 : (1 + \exp(z))$ , де:  
 $P_c$  – ймовірність ризику смертності, ум.од;  
 $x$  – рівень експресії основного білка мієліну у спинномозковій рідині, нг/мл;  
 $\exp$  – експоненціальна функція;  
 $z$  – результативна ознака, за тотожністю:  $1,99 - 0,513 \cdot x$ ;  
і кваліфікують її високою, якщо  $P_c \geq 0,50$  або середньою, якщо  $0,195 \leq P_c \leq 0,49$  або низькою, якщо  $P_c \leq 0,194$ .
  8. Медичні: удосконалення визначення ризику смертності у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС, простота обчислювального алгоритму за підготовленою формулою з використанням програмних продуктів; соціальні: можливість контролювати та попереджати розвиток захворювань ЦНС у ВІЛ-інфікованих; економічні: зниження собівартості діагностикуму та наочність дослідження.
  9. Набір реагентів для кількісного визначення ОБМ в СМР («VCM Diagnostics», US) in vitro шляхом імуноферментного аналізу (в діапазоні вимірів 0,093-10,5 нг/мл, з чутливістю 0,093 нг/мл) та прибори для імунологічного дослідження: спектрофотометр Sanofi Diagnostics Pasteur PR2100 (FR-US), термостат IPS Sanofi Diagnostics Pasteur (FR-US), вошер планшетный Sanofi Diagnostics Pasteur PW 40 (8-канальный) (FR-US), дозатори: Ленпипет (1-канальный) ДПОП-1-20-200 (20-200мкл), GranumSmart ДПОП-1-5-50 (5-50 мкл), GranumSmart ДПОП -1-100-1000 (100-1000 мкл). Для статистичної обробки результатів дослідження доцільне застосування комп'ютерних програм «Statistica» v.6.1 (Statsoft Inc, US) і «MedCalc» v.11.5.0 (Free).
  10. В інфекційній практиці при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, в практичній діяльності лікарів за спеціалізацією: «Інфекційні хвороби», «Неврологія», «Нейрохірургія», «Онкологія» а також лікарів-лаборантів для лабораторної діагностики ВІЛ-асоційованих уражень ЦНС.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра інфекційних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
  14. Немає.
  15. Шостакович-Корецька Л.Р. (0675638335), Литвин К.Ю. (0677390951), Кушнерова О.А. (0679620832), Губар І.О. (0684748896).

**Ресстр. № 118/5/18**



1. **ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ КОРЕЦЕПТОРУ CCR5.**
2. НДР «Епігенетичні фактори виникнення хвороб, що асоціюються з персистируючими інфекціями у дітей та дорослих», 01174004785, 2018-2021 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Дане впровадження дозволяє проводити найбільш раннє прогнозування перебігу ВІЛ інфекції у дітей з перинатальним шляхом інфікування, що в подальшому дозволяє оптимізувати спостереження та терапію цих дітей, удосконалити строки призначення ВААРТ. З даною метою пропонується визначення поліморфізму гаплотипів гену корецептора CCR5, одного з найважливіших корецепторів на поверхні CD4 клітин людини, які є необхідними для інфікування клітин на ВІЛ. Так, поєднання однієї з найбільш вивчених алелів гену, яка включає проєктивну алель G2 і яка знижує ризик несприятливого перебігу ВІЛ-інфекції у дорослих, у поєднанні з алеллю E (гаплотип E/ G2), змінює характер впливу алелі на протилежний. Тобто підвищує ризик швидкого прогресування перинатальної ВІЛ-інфекції в 7,3 разів. В той же час, поєднання даної алелі G2 з алеллю С, ризик несприятливого перебігу зменшується в 4,5 разів.
8. Медичні: удосконалення ведення дітей з перинатальною ВІЛ-інфекцією та оптимізація строків призначення ВААРТ; соціальні: можливість попередити несприятливий перебіг ВІЛ-інфекції у дітей та знизити ризики розвитку імуносупресії та опортуністичних захворювань в ранньому віці; економічні: зниження затрат на невчасне призначення ВААРТ та лікування дітей з більш легкими стадіями ВІЛ-інфекції, зниження затрат на лікування опортуністичних інфекцій.
9. Наявність ампліфikatorу для проведення ампліфікації ДНК лейкоцитів крові, наявність агарозного гелю та праймерів для вивчення одонуклеотидних поліморфізмів в сіс-регуляторному регіоні CCR5 за методом блот-гібридизації по Саузерну. Для статистичної обробки результатів дослідження доцільне застосування комп'ютерних програм «Statistica» v.6.1 (Statsoft Inc, US) і «MedCalc» v.11.5.0 (Free).
10. В інфекційній практиці при роботі з ВІЛ-інфікованими дітьми з перинатальним шляхом інфікування.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра інфекційних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Шостакович-Корецька Л.Р. (0675638335), Чикаренко З.О. (0972337591).

#### **Реєстр. № 119/5/18**

1. **КОРЕКЦІЯ ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ+ТУБЕРКУЛЬОЗ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ АРТ ТА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ.**
2. НДР «Патолофізіологічні зміни у хворих з хронічними вірусними інфекціями та їх корекція», 0113U006429, 2013-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+++,С.

5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення в тому, що хворим на ко-інфекцію ВІЛ + туберкульоз, які отримують АРТ і протитуберкульозні препарати, призначають аденOMETіонін. Лікування може розпочинатися з парентерального введення препарату з подальшим застосуванням препарату у формі таблеток або одразу із застосування таблеток. Внутрішньом'язово: рекомендована доза становить 5-12 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 400 мг/добу, загальна добова доза не має перевищувати 800 мг. Тривалість початкової парентеральної терапії становить 15-20 днів при лікуванні депресивних синдромів та при лікуванні захворювань печінки. Готувати розчин для ін'єкцій потрібно безпосередньо перед застосуванням. Порошок у флаконі слід розчинити розчином L-лізину, що додається (ампула 5 мл). Перорально (внутрішньо): для прийому внутрішньо слід застосовувати препарат аденOMETіонін у формі таблеток кишковорозчинних. Добову дозу таблеток можна розподілити на 2-3 прийоми. Рекомендована доза становить 10-25 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 800 мг/добу (2 таблетки), загальна добова доза не має перевищувати 1600 мг (4 таблетки). Таблетки аденOMETіоніну вживаються не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини, за 1,5 години до їжі або через 1,5 години після їжі, бажано до 12 години дня. Підтримуюча терапія: застосовують внутрішньо по 2-4 таблетки на добу (800-1600 мг/добу). Тривалість терапії залежить від тяжкості та перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально.
8. Підвищення працездатності та якості життя хворих на ко-інфекцію ВІЛ+туберкульоз, які отримують АРТ й протитуберкульозні препарати, в результаті замісної, імунорегуючої, антиоксидантної дій, припинення цитолізу гепатоцитів за рахунок зниження активності процесів перекисного окислення ліпідів і гідролаз лізосом, активації антиоксидантних систем клітин, відновлення біоенергетичного потенціалу гепатоцитів.
9. Хворі на ко-інфекцію ВІЛ+туберкульоз.
10. Внутрішньопечінковий холестаза у дорослих, у тому числі й у хворих на хронічний гепатит різної етіології та цироз печінки.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини адеMETіоніну або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Генетичні дефекти, що впливають на метіоніновий цикл та/або спричиняють гомоцистинурію та/або гіпергомоцистеїнемію (наприклад, недостатність цистатіонін-β-синтази, дефект метаболізму вітаміну В12). АдеMETіонін (розчин для ін'єкцій) не слід змішувати з лужними розчинами або розчинами, що містять іони кальцію.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Чабан Т.В. (0487055598), Чубач М.І., Верба Н.В., Гулла О.В., Бочаров В.М.

#### Реєстр. № 120/5/18

1. **ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Патолофізіологічні зміни у хворих з хронічними вірусними інфекціями та їх корекція», 0113U006429, 2013-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,С.
5. Немає.

6. Немає.
7. Суть нововведення в тому, що хворим на ВІЛ-інфекцію, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит С, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В та хронічний гепатит С, які отримують АРТ, призначають аденOMETIОНІН. Лікування може розпочинатися з парентерального введення препарату з подальшим застосуванням препарату у формі таблеток або одразу із застосування таблеток. Внутрішньом'язово: рекомендована доза становить 5-12 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 400 мг/добу, загальна добова доза не має перевищувати 800 мг. Тривалість початкової парентеральної терапії становить 15-20 днів при лікуванні депресивних синдромів і при лікуванні захворювань печінки. Готувати розчин для ін'єкцій потрібно безпосередньо перед застосуванням. Порошок у флаконі слід розчинити розчином L-лізину, що додається (ампула 5 мл). Перорально (внутрішньо): для прийому внутрішньо слід застосовувати препарат аденOMETIОНІНУ формі таблеток кишковорозчинних. Добову дозу таблеток можна розподілити на 2-3 прийоми. Рекомендована доза становить 10-25 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 800 мг/добу (2 таблетки), загальна добова доза не має перевищувати 1600 мг (4 таблетки). Таблетки аденOMETIОНІНУ слід вживати не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини, за 1,5 години до їжі або через 1,5 години після їжі, бажано до 12 години дня. Підтримуюча терапія: застосовують внутрішньо по 2-4 таблетки на добу (800-1600 мг/добу). Тривалість терапії залежить від тяжкості та перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально.
8. Підвищення працездатності та якості життя ВІЛ-інфікованих, які отримують АРТ, та діагностовано ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит С, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В та хронічний гепатит С у результаті замісної, імунокорегуючої, антиоксидантної дії, припинення цитолізу гепатоцитів за рахунок зниження активності процесів перекисного окислення ліпідів і гідролаз лізосом, активації антиоксидантних систем клітин, відновлення біоенергетичного потенціалу гепатоцитів.
9. Хворі на ВІЛ-інфекцію, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит С, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В, ко-інфекцію ВІЛ+хронічний гепатит В та хронічний гепатит С, які отримують АРТ.
10. Внутрішньопечінковий холестази у дорослих, у тому числі й у хворих на хронічний гепатит різної етіології та цироз печінки.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини адеMETIОНІНУ або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Генетичні дефекти, що впливають на метіОНІНОВИЙ цикл та/або спричиняють гомоцистинурію та/або гіпергомоцистеїнемію (наприклад недостатність цистатіОНІН-β-синтази, дефект метаболізму вітаміну В12). АдеMETIОНІН (розчин для ін'єкцій) не слід змішувати з лужними розчинами або розчинами, що містять іони кальцію.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Чабан Т.В. (0487055598), Чубач М.І., Верба Н.В., Гулла О.В.

#### Реєстр. № 121/5/18

1. **ВИКОРИСТАННЯ АДЕНОМЕТІОНІНУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ АРТ ТА ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЗАМІСНІЙ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Патофізіологічні зміни у хворих з хронічними вірусними інфекціями та їх корекція», 0113U006429, 2013-2018 рр.

3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення в тому, що хворим на ВІЛ-інфекцію, які отримують АРТ та знаходяться на замісній терапії (метадоном, ібупроморфіном і т.п.), призначають аденометіонін. Лікування може розпочинатися з парентерального введення препарату з подальшим застосуванням препарату у формі таблеток або одразу із застосування таблеток. Внутрішньом'язово: рекомендована доза становить 5-12 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 400 мг/добу, загальна добова доза не має перевищувати 800 мг. Тривалість початкової парентеральної терапії становить 15-20 днів при лікуванні депресивних синдромів та при лікуванні захворювань печінки. Готувати розчин для ін'єкцій потрібно безпосередньо перед застосуванням. Порошок у флаконі слід розчинити розчином L-лізину, що додається (ампула 5 мл). Перорально (внутрішньо): для прийому внутрішньо слід застосовувати препарат аденометіонін у формі таблеток кишковорозчинних. Добову дозу таблеток можна розподілити на 2-3 прийоми. Рекомендована доза становить 10-25 мг/кг маси тіла на добу. Звичайна початкова доза становить 800 мг/добу (2 таблетки), загальна добова доза не має перевищувати 1600 мг (4 таблетки). Таблетки аденометіоніну вживаються не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини, за 1,5 години до їжі або через 1,5 години після їжі, бажано до 12 години дня. Підтримуюча терапія: застосовують внутрішньо по 2-4 таблетки на добу (800-1600 мг/добу). Тривалість терапії залежить від тяжкості та перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально.
8. Підвищення працездатності та якості життя хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримують АРТ та знаходяться на замісній терапії (метадоном, ібупроморфіном і т.п.) в результаті імунокорегуючої, антиоксидантної дій, припинення цитолізу гепатоцитів за рахунок зниження активності процесів перекисного окислення ліпідів і гідролаз лізосом, активації антиоксидантних систем клітин, відновлення біоенергетичного потенціалу гепатоцитів.
9. Хворі на ВІЛ-інфекцію, які отримують АРТ та знаходяться на замісній терапії (метадоном, ібупроморфіном і т.п.).
10. Внутрішньопечінковий холестази у дорослих, у тому числі у хворих на хронічний гепатит різної етіології та цироз печінки.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини адеметіоніну або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Генетичні дефекти, що впливають на метіоніновий цикл та/або спричиняють гомоцистинурію та/або гіпергомоцистеїнемію (наприклад недостатність цистатіонін-β-синтази, дефект метаболізму вітаміну В12). Адеметіонін (розчин для ін'єкцій) не слід змішувати з лужними розчинами або розчинами, що містять іони кальцію.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Чабан Т.В.( 0487055598), Чубач М.І., Верба Н.В., Гулла О.В.

#### Реєстр. № 122/5/18

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ.
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.

3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 116943. МПК А61К 31/695, А61Р 1/08. Спосіб корекції метаболічних показників у дорослих хворих на харчові токсикоінфекції / Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Граділь Г.І., Гордієнко А.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201610205; заявл. 07.10.2016; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Спосіб корекції метаболічних показників у дорослих хворих на харчові токсикоінфекції шляхом призначення промивання шлунка, регідратаційної терапії та ентеросорбенту, що містить високодисперсний діоксид кремнію у поєднанні з мікрокристалічною целюлозою. Method of correction of metabolic parameters in adults with food-borne toxicoinfection by application of gastric lavage, rehydration therapy and enterosorbent containing highly dispersed silicon dioxide in combination with microcrystalline cellulose.
7. Спосіб корекції метаболічних показників у дорослих хворих на харчові токсикоінфекції, який передбачає призначення промивання шлунка, регідратаційної терапії та ентеросорбенту, що містить високодисперсний діоксид кремнію 210 мг та мікрокристалічну целюлозу 111,33 мг, внутрішньо по 2-3 таблетки 2-3 рази на добу за годину до живання їжі або прийому ліків протягом 5-6 діб поспіль залежно від досягнутого ефекту.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування дорослих хворих на харчові токсикоінфекції, нормалізація показників метаболічного гомеостазу, запобігання формування ускладнень, загострень супутніх хронічних захворювань. Соціальні – покращення якості життя хворого. Економічні – скорочення фінансових витрат на 174 грн. при лікуванні 1 хворого.
9. Ентеросорбент, що містить високодисперсний діоксид кремнію у поєднанні з мікрокристалічною целюлозою.
10. Харчова токсикоінфекція.
11. Гіперчутливість до компонентів складу ентеросорбенту (діоксид кремнію, мікрокристалічна целюлоза, цукрова пудра, крохмаль картопляний), виразкова хвороба в стадії загострення, виразкова та ерозійна патологія слизової оболонки кишечника, вагітність, грудне вигодовування.
12. Алергічні реакції, закріп.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О. (0502037972), Граділь Г.І., Гордієнко А.І.

#### Реєстр. № 123/5/18

1. **СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ НА ТЛІ ДИСБІОЗУ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126581. МПК А61К 9/19, А61К 38/21, А61Р 1/00, А61Р 33/00, А61Р 37/00. Спосіб медичної реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з синдромом подразненого кишечника на тлі дисбіозу / Андросов Є.Д., Терьошин В.О., Могилєнць О.І., Соломенник Г.О., Бондаренко Я.В., Компанієць К.М.; заявник і патентовласник Харківський національний

- медичний університет. – № u201800836; заявл. 30.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Спосіб медичної реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з синдромом подразненого кишечника на тлі дисбіозу, шляхом застосування фітозбору печінкового, еубіотику й імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний. A method of medical rehabilitation of patients with non-alcoholic steatohepatitis, combined with irritable bowel syndrome on the background of dysbiosis, by application of hepatic fitodrug, eubiotic and immunoactive drug with active substance of recombinant alpha-2-interferon.
  7. Спосіб медичної реабілітації хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з синдромом подразненого кишечника на тлі дисбіозу, який передбачає призначення фітозбору печінкового, еубіотику та імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний, внутрішньом'язово по 1 млн. МО 2 рази на добу впродовж 10-14 діб поспіль залежно від досягнутого ефекту.
  8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений із синдромом подразненого кишечника на тлі дисбіозу, відновлення імунологічного гомеостазу, запобігання формуванню тяжких ускладнень, загострень супутніх хронічних захворювань. Соціальні – скорочення тривалості терапії, покращення прогнозу і якості життя хворого. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування хворого.
  9. Фітозбір печінковий, еубіотик, імуноактивний препарат з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний.
  10. Неалкогольний стеатогепатит, сполучений із синдромом подразненого кишечника на тлі дисбіозу.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препаратів, вагітність.
  12. Грипоподібний синдром, виникненню якого запобігає призначення парацетамолу за 40 хв. до ін'єкції інтерферону.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Терьошин В.О., Могиленець О.І., Соломенник Г.О. (0502037972).

#### Реєстр. № 124/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАГОСТРЕНЬ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 125187. МПК А61К 38/21, А61К 9/19, А61Р 1/16, А61Р 31/12, А61Р 37/02. Спосіб профілактики загострень вірусного гепатиту А у дорослих хворих / Андросов Є.Д., Юрко К.В., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Гаврилов А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800842; заявл. 30.01.2018; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Спосіб профілактики загострень вірусного гепатиту А у дорослих хворих шляхом застосування імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний. A method of prevention of exacerbation of viral hepatitis A in adult patients by by application of an immunoactive drug with active substance of recombinant alpha-2-interferon.
7. Спосіб профілактики загострень вірусного гепатиту А у дорослих хворих, який передбачає призначення імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон

- альфа-2b рекомбінантний внутрішньом'язово по 1 млн. МО 2 рази на день протягом 10-14 діб поспіль залежно від досягнутого ефекту.
8. Медичні – попередження виникнення загострень вірусного гепатиту А у дорослих хворих, запобігання формування тяжких ускладнень, загострень супутніх хронічних захворювань. Соціальні – скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі, покращення якості життя хворого. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування хворого.
  9. Імуноактивний препарат із діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний.
  10. Вірусний гепатит А.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату, вагітність.
  12. Грипоподібний синдром, виникненню якого запобігає призначення парацетамолу за 40 хв. до ін'єкції інтерферону.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Юрко К.В., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О. (0502037972), Гаврилов А.В.

### Реєстр. № 125/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФЕЛІНОЗ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 125566. МПК А61К 31/00, А61К 31/24, А61Р 37/00. Спосіб лікування хворих на феліноз / Андросов Є.Д., Юрко К.В., Соломенник Г.О., Могилець О.І., Гаврилов А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201712974; заявл. 27.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Спосіб лікування хворих на феліноз шляхом застосування антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, амізону, циклоферону й імуноактивного препарату з діючою речовиною кислота рибонуклеїнова. A method of treatment of patients with felinosis by application of broad-spectrum antibiotics, amizon, cycloferon and an immunoactive drug with active substance of ribonucleic acid.
7. Спосіб лікування хворих на феліноз, який передбачає призначення антибактеріальних препаратів широкого спектра дії в середньотерапевтичному дозуванні, амізону внутрішньо по 0,25 г 3-4 рази на добу впродовж 7-14 діб поспіль, циклоферону внутрішньом'язово по 2 мл 12,5 % розчину 1 раз на добу 5 діб поспіль, потім ще 3-5 ін'єкцій цього препарату з інтервалом через добу й імуноактивного препарату з діючою речовиною кислота рибонуклеїнова внутрішньо по 0,5 г 2-3 рази на добу впродовж 10-15 діб поспіль залежно від досягнутого ефекту.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на феліноз. Соціальні – скорочення тривалості терапії, покращення прогнозу і якості життя хворого. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування хворого.
9. Антибактеріальні препарати широкого спектра дії, амізон, циклоферон, імуноактивний препарат із діючою речовиною кислота рибонуклеїнова.
10. Феліноз.
11. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату, подагра.
12. Алергічні реакції, диспепсичні розлади, біль у епігастрії, підвищення рівня сечової кислоти у сироватці крові. Вживання лікарських препаратів під час або після їжі.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.

15. Юрко К.В., Соломенник Г.О. (0502037972), Могиленець О.І., Гаврилов А.В.

**Реєстр. № 126/5/18**

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 123949. МПК G01N 33/50. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту / Козько В.М., Зоц Я.В., Сохань А.В., Соломенник Г.О., Гаврилов А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201710473; заявл. 30.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту шляхом визначення вмісту вільного тироксину в цереброспінальній рідині. A method of assessment of the severity level of an acute bacterial meningitis by determining the content of a free thyroxine in a cerebrospinal fluid.
7. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту, який включає біохімічне дослідження цереброспінальної рідини, який відрізняється тим, що оцінку ступеня тяжкості здійснюють шляхом визначення вмісту вільного тироксину у цереброспінальній рідині і при його значенні <48 пмоль/л діагностують середній ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту, при значенні >48 пмоль/л тяжкий ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту.
8. Медичні – підвищення точності оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту для визначення тактики ведення пацієнта, запобігання формуванню тяжких ускладнень. Соціальні – зменшення смертності та інвалідності від бактеріальних менінгітів, відновлення якості життя реконвалесцентів. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування хворого.
9. Скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, напівавтоматичні дозатори, центрифуга, калориметричний біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення в цереброспінальній рідині вмісту вільного тироксину ензиматичним калориметричним методом.
10. Гострі бактеріальні менінгіти.
11. Виражений набряк головного мозку, об'ємне утворення головного мозку, судоми, значні гіпотонії, оклюзійні гідроцефалії, пролежні або гнійні ураження у ділянці попереку.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Козько В.М., Зоц Я.В., Сохань А.В., Соломенник Г.О. (0502037972), Гаврилов А.В.

**Реєстр. № 127/5/18**

1. **СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб», 0116U004982, 2016-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++,В.



5. Патент України на корисну модель № 126582. МПК А61К 9/19, А61К 38/21, А61Р 1/00, А61Р 33/00, А61Р 37/00. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії / Андросов Є.Д., Терьошин В.О., Круглова О.В., Соломенник Г.О., Гаврилов А.В., Жерновой О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800837; заявл. 30.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії шляхом застосування харчової домішки профілактичної дії, що містить дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, сиропу ехінацеї пурпурової та імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний. A method of medical rehabilitation of patients with chronic calculous cholecystitis after a cholecystectomy by use of a nutritional supplement with preventive action containing a fine particle fraction of oats grains with addition of 10-20 % by weight of the Blessed thistle fruits, Echinacea purpurea syrup and an immunoactive drug with the active substance of recombinant alpha-2-interferon.
7. Спосіб медичної реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії, який передбачає призначення відвару комплексної харчової домішки лікувально-профілактичної дії, що містить дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, у теплому вигляді по 200 мл 2-3 рази на добу впродовж 1 тижня внутрішньо, сиропу ехінацеї пурпурової по 5 мл 3-4 рази на добу після вживання їжі протягом 10-15 днів внутрішньо та додатково імуноактивного препарату з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний внутрішньом'язово по 1 млн. МО 2 рази на добу протягом 10-14 днів поспіль залежно від досягнутого ефекту.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії. Соціальні – скорочення тривалості реабілітації хворих на хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії, зменшення смертності, покращення прогнозу і якості життя хворого. Економічні – зменшення фінансових витрат на лікування таких пацієнтів.
9. Харчова домішка лікувально-профілактичної дії, яка містить дрібнодисперсну фракцію зерен вівса посівного з додатком 10-20 % за масою плодів розторопші плямистої, сироп ехінацеї пурпурової, імуноактивний препарат з діючою речовиною інтерферон альфа-2b рекомбінантний.
10. Хронічний калькульозний холецистит після операції холецистектомії.
11. Підвищена чутливість до компонентів препаратів, вагітність.
12. Грипоподібний синдром, виникненню якого запобігає призначення парацетамолу за 40 хв. до ін'єкції інтерферону.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Терьошин В.О., Гаврилов А.В. (0958059255).

## **КАРДІОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 128/5/18**

1. **СПОСІБ ПОКРАЩЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СУДИН У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ДЕФЦИТОМ МАСИ ТІЛА.**

2. НДР «Розробка комплексного підходу до ранньої діагностики ураження коронарних судин з використанням цифрового комп'ютерного аналізу електрокардіограми та регіонарної скоротливості міокарда», 0117U002355, 2017-2019 рр.
3. Кардіологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 110368. МПК А61К 31/00. Спосіб покращення ендотеліальної функції судин у осіб похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою та дефіцитом маси тіла / Ташук В.К., Полянська О.С., Хребтій Г.І.; заявник і патентовласник ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201602728 ; заявл. 18.03.2016; опубл. 10.10.2016. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Аналізуючи результати власного дослідження встановлено, що після проведеного 6-міс лікування у осіб похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою та дефіцитом маси тіла, що отримували стандартну терапію (антигіпертензивну лізіноприлом та амлодипіном та гіполіпідемічну аторвастатином) ендотелійзалежна вазодилатація (відношення величини діаметра плечової артерії після проведення проби з тимчасовою оклюзією до його значення у стані спокою) покращилась, проте продовжувала залишатись далекою до нормальних значень (4,8+0,23%). У групі пацієнтів, що додатково отримували омега-3 поліненасичені жирні кислоти (препарат «Омакор» у дозі 1000 мг 1 раз/добу), відбулось статистично достовірне (у порівнянні з першою групою) покращення ендотелійзалежної вазодилатації (9,86+0,28%).
8. Запропонований спосіб дозволяє значно покращити ендотеліальну функцію судин у осіб похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою та дефіцитом маси тіла, а отже, покращувати перебіг захворювання у пацієнтів, що належать до груп підвищеного серцево-судинного ризику.
9. Тонометр, ультразвуковий діагностичний сканер з фазованою решіткою, режимом імпульсного та постійного доплера.
10. Гіпертонічна хвороба у осіб похилого та старечого віку з дефіцитом маси тіла.
11. Хронічна серцева недостатність III-IV функціонального класу (NYHA), наявність в анамнезі перенесеного мозкового інсульту, нормальна маса тіла, абдомінальне ожиріння, хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини та інша соматична патологія, яка супроводжується зміною досліджуваних параметрів і здатна, таким чином, вплинути на результати дослідження.
12. Помилки при проведенні дослідження були відсутніми при чіткому дотриманні режиму прийому препарату.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м.Чернівці, Театральна пл., 2, тел.(0372) 52-40-78, 58-58-03.
14. Немає.
15. Ташук В.К. (0505042370), Полянська О.С., Хребтій Г.І.

#### Реєстр. № 129/5/18

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА МЕТОДІВ ЇЇ КОРЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОСДНАННІ З ЕРИТРОЦИТОЗОМ.**
2. НДР «Розробка та удосконалення методів профілактики ускладнень артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця із супутніми захворюваннями у державних службовців», 0114U002119.
3. Внутрішні хвороби.

4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Викладені основні лабораторні та коагулологічні показники для діагностики ендотеліальної дисфункції, предиктори розвитку тромботичних ускладнень та методи їх корекції у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з еритроцитозом.
8. Розширять уявлення сімейних лікарів, терапевтів щодо особливостей перебігу артеріальної гіпертензії в поєднанні із супутнім еритроцитозом, а також принципів профілактики та корекції ендотеліальної дисфункції, що часто виникає при цьому коморбідному стані.
9. Лікар кардіолог.
10. Артеріальна гіпертензія в поєднанні з супутнім еритроцитозом.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Костюкевич О.М. (0505810841), e-mail: oksakost@gmail.com, Кравченко А.М., Міщенко О.Ю., Беньковська Л.К.

#### Реєстр. № 130/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РІВНЯ СТРЕСОВОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА Q ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ БЕЗ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В АНАМНЕЗІ.**
2. НДР «Дослідження клініко-патогенетичних особливостей перебігу хронічної серцевої недостатності ішемічного генезу на тлі супутніх патологічних станів, удосконалення діагностики та оптимізація лікування», 0114U001392, 2014-2019 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126659. МПК А61В 5/00 (2018.01). Спосіб прогнозування рівня стресової гіперглікемії у хворих на Q інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю без цукрового діабету в анамнезі / Сиволап В.Д., Капшитар Н.І., заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201801582; заявл. 19.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Хворому виконують ехокардіоскопію з виміром рівня фракції викиду лівого шлуночка, і, якщо вона нижче 41%, за допомогою рівняння множинної лінійної регресії  $Y=0,21X_1+1,4X_2+3,01X_3$ , де  $Y$  – рівень глікемії,  $X_1$  – індекс маси тіла,  $X_2$  – чоловіча стать,  $X_3$  – наявність порушень ритму в анамнезі, розраховують приблизний рівень стресової гіперглікемії.
8. Скорочується час отримання інформації, що до наявності у хворого стресової гіперглікемії, що дає можливість раніше почати медикаментозну корекцію, запобігти появі ускладнень та зменшити час перебування хворого у стаціонарі.
9. Апарат для ультразвукової діагностики.
10. Прогнозування рівня стресової гіперглікемії у хворих на Q інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю без цукрового діабету в анамнезі.
11. Немає.
12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра внутрішніх хвороб 1, тел. (061) 223-61-75.
14. Немає.
15. Сиволап В.Д., Капшитар Н.І. (0504865323).

#### Реєстр. № 131/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ПРИ СУПУТНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КВЕРЦЕТИНУ.**
2. НДР «Патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування хворих на ІХС з артеріальною гіпертензією з метою профілактики прогресування серцевої недостатності», 0114U004272, 2014-2019 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 117052. МПК А61К 31/00, А61Р 9/00. Спосіб лікування хворих на інфаркт міокарда при супутній артеріальній гіпертензії з використанням кверцетину / Руманех В.В., Крупновицька І.Г., Федоров С.В. – № u201700406; заявл. 16.01.2017; опубл. 12.06.2017. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого інфаркту міокарда на тлі артеріальної гіпертензії включає в себе базисну терапію та додаткове призначення кверцетину в два етапи. На першому із яких упродовж перших п'яти діб кверцетин призначають у вигляді довенних інфузій за схемою: у першу добу – в дозі 0,5 г препарату, розчиненого у 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду відразу після госпіталізації. Через 2 години після реваскуляризації та через 12 годин, протягом другої та третьої діб - у дозі 0,5 г двічі на добу з інтервалом 12 годин, на четверту та п'яту добу – у дозі 0,25 г у 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду один раз на добу. Далі з шостої доби призначають пероральне використання кверцетину у вигляді таблетованої форми в дозі 40 мг тричі на добу за 30 хвилин до вживання їжі впродовж одного місяця.
8. Зменшення кількості ліжко-днів, зменшення кількості ускладнень, покращення структурно-функціональних показників серцево-судинної системи.
9. Препарат кверцетин для довенних інфузій та у таблетованій формі, ізотонічний розчин натрію хлориду, система для довенних інфузій.
10. Хворі на гострий інфаркт міокарда на тлі артеріальної гіпертензії.
11. Індивідуальна непереносимість кверцетину і препаратів вітаміну Р.
12. Алергічні реакції.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії.
14. Немає.
15. Крупновицька І.Г. (0672810981), Руманех В.В.

#### Реєстр. № 132/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ДИНАМІКИ ГЛОБАЛЬНОГО ПОЗДОВЖНЬОГО СТРЕЙНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦІЄНТІВ З ВАЖКИМ АОРТАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ.**
2. НДР «Оцінка ризику рецидивуючого перебігу та розробка шляхів профілактики пароксизмальних тахіаритмій при тривалому спостереженні», 0114U002466, 2014-2018 рр.
3. Кардіологія.

4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 124266. МПК А61В 5/04 (2006.01), А61В 5/0404 (2006.01). Спосіб прогнозування динаміки глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка після протезування аортального клапана у пацієнтів з важким аортальним стенозом / Понич Н.В., Немчина О.О., Жарінов О.Й., Єпанчінцева О.А., Тодуров Б.М.; заявник і патентовласник . – № u201711559; заявл. 27.11.2017; опубл. 26.03.2018. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб прогнозування динаміки глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка після протезування аортального клапана у пацієнтів з тяжким аортальним стенозом.
8. Застосовуючи дану корисну модель, можна прогнозувати динаміку глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка після протезування аортального клапана у пацієнтів з важким аортальним стенозом.
9. Трансторакальна ехокардіографія з використанням новітньої технології – двовимірного спекл-трекінгу, який відрізняється тим, що кількісну оцінку поздовжньої деформації здійснюють з визначенням сумарного стрейну усіх 17 сегментів лівого шлуночка шляхом отримання трьох кінопетель з чотири-, три- і двокамерної верхівкових позицій, які обробляють за допомогою програми QLab 9.0 на робочій станції.
10. Для визначення прогнозу пацієнтів з тяжким аортальним стенозом після операції протезування аортального клапана.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. ДУ «Інститут серця МОЗ України».
15. Жарінов О.Й., Тодуров Б.М., Єпанчінцева О.А., Понич Н.В., Ткаченко Л.О., Немчина О.О.

#### Реєстр. № 133/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ (ПРОФІЛАКТИКИ) ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ЗВОРОТНИМ ЕПІЗОДОМ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ 6-МІСЯЧНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ.**
2. НДР «Оцінка ризику рецидивуючого перебігу та розробка шляхів профілактики пароксизмальних тахіаритмій при тривалому спостереженні», 0114U002466, 2014-2018 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 123207. МПК А61В 5/02 (2006.01), G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування (профілактики) виникнення рецидиву у пацієнтів з першим зворотним епізодом фібриляції передсердь при 6-місячному спостереженні / Залізна Ю.І.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201711305; заявл. 20.11.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Прогнозування (профілактика) виникнення рецидиву у пацієнтів з першим зворотним епізодом фібриляції передсердь при 6-місячному спостереженні.
8. Спосіб прогнозування виникнення рецидиву у пацієнтів з першим зворотним епізодом фібриляції передсердь при 6-місячному спостереженні, що включає клініко-інструментальне обстеження, опитування пацієнта та покроковий

мультиваріантний логістично регресійний аналіз, визначення предикторів, який відрізняється тим, що додатково враховують такі фактори, як старший вік, часта серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, а також виражена гіпертрофія лівого шлуночка, при показниках 2 і більше балів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. При рівні С-реактивного протеїну не менше 6 мг/л прогноують ризик виникнення рецидиву фібриляції передсердь та призначають індивідуальне лікування.

9. Клініко-інструментальне обстеження (електрокардіографічне і ехокардіографічне дослідження, холтеровський моніторинг електрокардіограми), лабораторне дослідження (С-реактивний протеїн), опитування пацієнтів.
10. Для визначення прогнозу виникнення рецидиву у пацієнтів з першим зворотним епізодом фібриляції передсердь.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Залізна Ю.І., Ткаченко Л.О.

#### Реєстр. № 134/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ 6-МІСЯЧНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ.**
2. НДР «Оцінка ризику рецидивуючого перебігу та розробка шляхів профілактики пароксизмальних тахіаритмій при тривалому спостереженні», 0114U002466, 2014-2018 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 125060. МПК А61В 5/02 (2006.01), А61В 5/0402 (2006.01). Спосіб прогнозування розвитку ускладнень у пацієнтів з вперше діагностованою фібриляцією передсердь при 6-місячному спостереженні / Залізна Ю.І., Жарінов О.Й., Міхалев К.О.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201712345; заявл. 13.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Прогнозування розвитку ускладнень у пацієнтів з вперше діагностованою фібриляцією передсердь при 6-місячному спостереженні.
8. Спосіб прогнозування виникнення ускладнень у пацієнтів із уперше діагностованою фібриляцією передсердь при 6-місячному спостереженні, що включає клініко-інструментальне обстеження, опитування пацієнта та покроковий мультиваріантний логістично регресійний аналіз, визначення предикторів, який відрізняється тим, що додатково враховують такі фактори, як супутні хвороби, структурно-функціональний стан міокарда, клінічні симптоми та перебіг аритмії у пацієнтів з уперше діагностованою фібриляцією передсердь з і без тяжких серцево-судинних ускладнень при 6-місячному спостереженні, та як незалежні предиктори виникнення ускладнень у пацієнтів із уперше діагностованою фібриляцією передсердь при 6-місячному спостереженні використовують серцеву недостатність III-IV функціональних класів за NYHA та мітральну регургітацію II-III ступенів. При наявності серцевої недостатності та мітральної регургітації прогноують несприятливий клінічний наслідок.

9. Клініко-інструментальне обстеження (електрокардіографічне і ехокардіографічне дослідження, холтерівський моніторинг електрокардіограми), лабораторне дослідження (С-реактивний протеїн), опитування пацієнтів.
10. Для визначення прогнозу виникнення рецидиву у пацієнтів з першим зворотним епізодом фібриляції передсердь.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Жарінов О.Й., Залізна Ю.І., Ткаченко Л.О., Міхалев К.О.

#### Реєстр. № 135/5/18

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ 2-ЕТИЛ-6-МЕТИЛ-3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ СУКЦИНАТУ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST.**
2. НДР «Розробка раціональних підходів до діагностики і лікування ішемічних, запально-деструктивних уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарату», 0113U001483, 2013-2016 рр.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125734. МПК (2018.01) А61К 31/00, А61Р 9/00. Спосіб прогнозування ефективності 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинату при лікуванні хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST / Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Йорданова Н.Х., Кучмеровська Т.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201712027; заявл. 07.12.2017, опубл.25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Для передбачення можливості отримання позитивної відповіді на лікування 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинатом у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (ГІМелST) рекомендується впродовж першої доби госпітального періоду провести забір крові з периферичної вени натще з подальшим визначенням в отриманому зразку плазми концентрацій амінокислот гомоцистеїну і метіоніну з подальшим розрахунком відношення гомоцистеїн / метіонін. При значенні відношення гомоцистеїн / метіонін  $\leq 0,33$  прогнозують позитивну відповідь на призначення 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинату внутрішньовенно з переходом на внутрішньом'язове введення (за схемою згідно з офіційною інструкцією) додатково до основної терапії.
8. Запропонований амінокислотний маркер (відношення гомоцистеїн / метіонін) характеризується високою чутливістю (77,3%) і специфічністю (77,8%) незалежно від впливу клініко-анамнестичних факторів (хронічної серцевої недостатності та куріння в анамнезі), що дозволить застосовувати його для оптимізації лікування хворих на ГІМелST. Такий підхід дає можливість застосовувати 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинат додатково до основної терапії насамперед у категорії хворих з передбаченою позитивною відповіддю та уникнути можливих побічних ефектів від призначення препарату.
9. Лабораторія рідинно-колонкової хроматографії з автоматичним амінокислотним аналізатором.
10. Хворі на ГІМелST, які з певних причин не отримували реваскуляризаційного лікування, після стабілізації гемодинаміки.

11. Кардіогенний шок, цукровий діабет 1 типу, декомпенсація цукрового діабету 2 типу та патології внутрішніх органів, хронічна хвороба нирок IV та V стадії, анемія, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма.
12. Зниження достовірності отриманих результатів дослідження при порушенні правил забору крові і підготовки зразка плазми до аналізу; ускладнення, пов'язані з процедурою венепункції.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра внутрішньої медицини № 3. м. Київ, вул. П. Запорожця, 26, Київська міська клінічна лікарня № 3, тел. (044) 540-96-91.
14. Інститут біохімії імені О.В. Палладіна НАН України, відділ біохімії вітамінів і коензимів.
15. Яременко О.Б. (0445409691), Дудка П.Ф. (0675063934), Іорданова Н.Х. (0973895709), Кучмеровська Т.М. (0442347178).

#### **Реєстр. № 136/5/18**

1. **ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВІВ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ТАХІАРИТМІЙ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ РАДІОЧАСТОТНУ КАТЕТЕРНУ АБЛЯЦІЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.**
2. НДР «Удосконалення та оцінка інтервенційного лікування тахіаритмій, 0114U000773, 2014-2018 рр.
3. Кардіологія.
4. 4,А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Дані інструментально-лабораторних досліджень: ЕКГ, ЕхоКС (розмір порожнин серця, ФВ, кінцевий діастолічний об'єм), холтеровського моніторування ЄКГ, ЧСЕхоКС, рівня протизапальних цитокінів (інтерлейкін-6, фактор некрозу пухлин, та С-реактивного білка) у хворих з фібриляцією передсердь до та після проведення РЧА дозволяють визначити предиктори ризику виникнення рецидиву та хронізації аритмій.
8. Радіочастотна абляція в комбінації з медикаментозною (нестероїдних протизапальних препаратів та препаратів з протизапальною дією) надає можливість у осіб, що перенесли РЧА фібриляції передсердь знизити число ранніх та віддалених рецидивів тахіаритмій, зменшити повторні госпіталізації, та покращити якість життя пацієнтів.
9. Навігаційна система.
10. Лікування та профілактика рецидивів суправентрикулярних аритмій у хворих, які перенесли радіочастотну абляцію.
11. Немає.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, пров. Валіховський, 2.
14. КУ Одеська обласна клінічна лікарня, 65025, м. Одеса, вул. Заболотного, 26.
15. Карпенко Ю.І., Абрамова Г.О., Собітняк Л.О. (0972077623).

#### **Реєстр. № 137/5/18**

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ РІВНЯ ХРОНІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У СПОЛУЧЕННІ З АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ.**



2. НДР «Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням», 0114U000784, 2014-2016 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114463. МПК А61К 36/704, А61Р 9/10. Спосіб корекції рівня хронічного системного запалення при ішемічній хворобі серця у сполученні з аутоімунним тиреоїдитом / Чекаліна Н.І., Шликова О.А., Микитюк М.В., Ізмайлова О.В., Беркало Л.В., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П., Казаков Ю.М.; заявник та власник патенту ВДНЗУ «УМСА». – № u201609266; заявл. 05.09.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає визначення в сироватці крові імуноферментним методом рівня фактору некрозу пухлин  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), інтерлейкінів: IL-1 $\beta$  та IL-10, ваговим методом вмісту фібриногену у плазмі крові та експресії гену матричної рибонуклеїнової кислоти (mRNA) інгібітору каппа В (I $\kappa$ B) ядерного фактору транскрипції каппа В (NF- $\kappa$ B) методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу з застосуванням для аналізу даних відносного Ct методу з наступним додатковим призначенням на тлі стандартної терапії ( $\beta$ -блокатори, статини, аспірин) інгібітору I $\kappa$ B-кінази ресвератролу у дозі 100 мг на добу протягом двох місяців per os.
8. Підвищення ефективності лікування захворювань, які пов'язані з розвитком хронічного системного запалення, індивідуалізація та збільшення ефективності терапії ішемічної хвороби серця у сполученні з аутоімунним тиреоїдитом, скорочення терміну перебування у медичних закладах та зменшення економічних витрат на лікування.
9. Для вирішення поставлених завдань необхідне обладнання:  
ампліфікатор детектувальний ДТ-лайт;  
термостат твердотільний з таймером ТТ-2-«Гермит»;  
центрифуга MiniSpin;  
морозильна камера «АРТІКО» ULCF-100;  
дозатори лабораторні з регульованим об'ємом 0,5-10, 20-200 мкл;  
набір для виділення матричної рибонуклеїнової кислоти;  
набір для проведення оберненої транскрипції;  
специфічні праймери та пробі;  
набір для проведення полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу з барвником SYBR Green.
10. Для застосування у терапії ішемічної хвороби серця, аутоімунного тиреоїдиту та за умов коморбідності, для використання у комплексному лікуванні захворювань, в основі яких лежить хронічне системне запалення.
11. Немає.
12. При належній кваліфікації фахівців та чіткого використання способу відсутні.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Шликова О.А. (0532562243), Чекаліна Н.І., Ізмайлова О.В., Микитюк М.В., Беркало Л.В., Весніна Л.Е., Казаков Ю.М., Кайдашев І.П.

**Ресстр. № 138/5/18**

1. **СПОСІБ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА.**
2. НДР «Розробити диференційні підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними соматичними показниками, коморбідними з психопатологічними розладами», 0117U004309, 2017-2019 рр.
3. Терапія, фізіотерапія, кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123789. МПК А61В 5/0205, А61В 5/0402, G01N 33/50. Спосіб інтегральної оцінки ефективності відновлювального лікування серця після хірургічної реваскуляризації міокарда / Колоденко О.В., Колоденко В.О., Лобойко В.В.; заявник і патентовласник ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України». – № u201600142; заявл. 08.09.2017, опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Шкала оцінки результатів відновлювального лікування хворих на ішемічну хворобу серця після хірургічної реваскуляризації міокарда включає наступні показники: метаболічні (індекс НОМА, лептин, індекс атерогенності), клініко-функціональні показники (індекс маси тіла (ІМТ), фізична працездатність та ФВ лівого шлуночка, рівень тривоги та депресії) до та після лікування, і, результат – кількісний інтегральний показник (І) обчислюють за формулою:
 
$$I = \frac{M_{(1+2+n)} + F_{(1+2+n)}}{N}, \text{ де}$$
 N – кількість врахованих показників, і при  $I \leq 2$  – визначають низький рівень прогресування ішемічної хвороби серця, при  $I = 2 - 3$  – критичний стан, при  $I \geq 3$  – високий ризик.
8. Такий підхід дозволяє значно підвищити інформативність запропонованих нами показників, підвищити їх наочність і створити передумови до розробки прогностичної системи з динамічного спостереження за станом хворих на всіх етапах лікування включаючи і реабілітаційний етап в умовах санаторію.
9. Лікар, лабораторна діагностика.
10. Ішемічна хвороба серця після хірургічної реваскуляризації міокарду.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Немає.
15. Колоденко В.О., Колоденко О.В. (0679216537), Лобойко В.В.

#### Реєстр. № 139/5/18

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, УСКЛАДНЕНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА.**
2. НДР «Розробити диференційні підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними соматичними показниками, коморбідними з психопатологічними розладами», 0117U004309, 2017-2019 рр.
3. Терапія, фізіотерапія, кардіологія.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121445. МПК А61N 5/00, А61N 33/00. Спосіб відновлювального лікування хворих з ішемічною хворобою серця, ускладненою артеріальною гіпертензією після хірургічної реваскуляризації міокарда / Колоденко О.В., Бабов К.Д., Колоденко В.О.; заявник і патентовласник ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України». – № u201704915; заявл. 22.05.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб відновлювального лікування хворих з ішемічною хворобою серця, ускладненою артеріальною гіпертензією після хірургічної реваскуляризації міокарда, що включає застосування кліматотерапії, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та фізіотерапії, який відрізняється тим, що проводять гідрокінезотерапію в басейні з мінеральною водою через день та чергують з лазеротерапією на зону проекції кубітальної вени тривалістю 20 хв., курсом 10 через день, по чергово з «сухими» вуглекислими ваннами.
8. Такий підхід дозволяє значно підвищити ефективність відновлювального лікування даної категорії хворих за рахунок поліпшення фізичної працездатності, толерантності до фізичних навантажень, що забезпечує вторинну профілактику серцево-судинних захворювань шляхом зменшення факторів кардіоваскулярного ризику, а також сприяє нормалізації вуглеводного обміну, що призводить до покращення якості життя цих хворих та запобігає інвалідизації.
9. Лікар,інструктор ЛФК, маломінералізована хлоридна натрієва мінеральна вода, басейн з мінеральною водою, апарат для лазеротерапії, апарат для проведення високо тонової біорезонансної терапії, «сухі» вуглекислі ванни.
10. Ішемічна хвороба серця після хірургічної реваскуляризації міокарду.
11. Гіпертермія, виразний післяопераційний перикардит, плеврит (внаслідок постперикардіотомного синдрому), серцева недостатність ПБ – III стадії, симптоматична або есенціальна гіпертензія з цифрами АТ більш 200 мм рт. ст. та/чи діастолічного більш 120 мм рт. ст., неадекватна відповідь АТ на фізичне навантаження, порушення ритму серця (екстрасистолії високих градацій або миготлива тахіаритмія, порушення проводимості (AV блокади II-III ступеню), тромбофлебіт та ін., гострі запальні захворювання різноманітних органів та систем; атеросклероз з проявленням порушення мозкового кровообігу, виразний діастаз грудини після коронарного шунтування (протипоказано комплекс вправ для верхніх кінцівок та тулуба).
12. Немає.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Немає.
15. Бабов К.Д., Колоденко О.В. (0679216537), Колоденко В.О.

#### **Реєстр. № 140/5/18**

1. **УДОСКОНАЛЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ З КОРИГОВАНИМИ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Розробити сучасні стандарти медико-соціальної експертизи, систему реабілітації хворих та інвалідів внаслідок вроджених вад розвитку клапанного апарату серця, пролапсу мітрального клапана», 0116U001023, 2016-2018 рр.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.

7. Відомо, що зміни центральної гемодинаміки при ВВС впливають на церебральний кровотік і є причиною гострих та хронічних гіпоксично-ішемічних пошкоджень мозку. Наявність родових травм, інфекцій, соматичної патології з боку органів дихання є додатковими чинниками, що впливають на характер морфологічних змін мозку. Агресивні фактори інтраопераційного періоду при використанні штучного кровообігу з розвитком запальних реакцій, оксидативного стресу, мікроемболізації та ін. є також чинниками ризику для всіх рівнів нервової системи. Важливу роль грає порушення гематоенцефалічного бар'єру. При обстеженні даної категорії пацієнтів виявляються маркери порушень гематоенцефалічного бар'єру – аутоантитіла до нейроспецифічних білків (НСБ) та ознаки оксидативного стресу – збільшення вмісту кінцевих продуктів перекісного окислення ліпідів (ПОЛ). Визначено, що вказані фракції можуть носити патологічну спрямованість, призводячи до відстрочених функціональних порушень структур мозку. Встановлено, що препарат Мебікар (Адаптол) сприяє зниженню аутоімунної реакції проти антигенів нервової тканини у пацієнтів з ВВС, що спостерігається через 60 днів його прийому; проявляє свої антиоксидантні властивості: зменшує ризик розвитку оксидативного стресу; зменшує ступень тривоги, покращує вегетативну регуляцію серцево-судинної системи, позитивно впливає на когнітивні функції, що може оптимізувати ресоціалізацію осіб працездатного віку з корегованими ВВС. Рекомендується застосовувати курсові прийоми препарату Мебікар (Адаптол) по 500 мг тричі на день протягом 2 місяців у дорослих з ВВС у віддаленому періоді після хірургічного лікування.
8. Порівняно з наявними аналогами, практичне значення розробленої наукової (науково-технічної) продукції щодо оптимізації реабілітаційних заходів у хворих з вродженими вадами серця у віддаленому післяопераційному періоді вагоме: корекція нейроваскулярних і нейроімунних змін, які виходять за рамки фізіологічних, у дорослих пацієнтів з вродженою серцево-судинною патологією. Медичний ефект – підвищення ефективності реабілітаційних заходів (покращення інтелектуального функціонування, психоемоційного і вегетативного стану). Соціальний і економічний ефект – підвищення якості надання медико-експертної та реабілітаційної допомоги населенню України та зменшення рівня інвалідності.
9. Лабораторне обладнання для проведення методу імуноблотингу при обстеженні хворого із вадами серця, препарат Мебікар (Адаптол).
10. Наявність когнітивних та вегетативних розладів у хворих з вадами серця.
11. Індивідуальна непереносимість до компонентів препарату.
12. Побічні реакції та ефект пов'язані з неправильним застосуванням та дозуванням лікарських засобів. Необхідно чітко дотримуватися схеми дозування та застосування лікарського засобу згідно інструкції виробника. При чіткому дотриманні способу визначення морфологічних та функціональних змін головного мозку у хворих після хірургічної корекції вад серця, який розроблено, ускладнень і помилок не виникає.
13. Державна установа «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України». 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-А, тел. (056) 744-86-26.
14. Немає.
15. Іпатов А.В., Лисунець О.М., Недзвецький В.С., Ханюкова І.Я., Ткаченко Ю.В. (0562473272).

**Ресстр. № 141/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА РІВНЕМ СОРТИЛІНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120759. МПК А61В 5/00, G01N 33/50. Спосіб діагностики порушень ліпідного обміну у хворих на ішемічну хворобу серця на тлі цукрового діабету 2 типу за рівнем сортиліну / Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706806; заявл. 30.06.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь порушення ліпідного обміну при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis the severity of lipid metabolism disturbances in coronary heart disease on the background of type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб діагностики порушень ліпідного обміну, який включає визначення біохімічних показників крові, який відрізняється тим, що хворим на ішемічну хворобу серця на тлі цукрового діабету 2 типу визначають рівень сортиліну в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він перевищує  $241,03 \pm 46,57$  нг/л, діагностують порушення ліпідного обміну.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 6,1 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на ішемічну хворобу серця й цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 7,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення сортиліну (комерційна тест-система «Human SORT I ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сипало А.О. (0577062975), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

#### Реєстр. № 142/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОДНОСУДИННОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 121632. МПК А61В 5/00, G01N 33/49. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу / Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706411; заявл. 23.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 18.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis the degree of coronary artery disease in coronary heart disease on the background of type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій, який включає вимірювання біохімічних показників крові, зокрема тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності, який відрізняється тим, що для прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу додатково обчислюють рівень інсулінорезистентності НОМА за формулою, вимірюють рівень сортиліну, інсуліну, визначають кінцевий діастолічний об'єм, кінцевий діастолічний розмір, кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка, та якщо індекс інсулінорезистентності НОМА дорівнює  $3,72 \pm 1,03$  ОД, рівень сортиліну дорівнює  $174,16 \pm 46,03$  нг/л, рівень інсуліну дорівнює  $14,59 \pm 2,32$  мкЕ/мл, рівень тригліцеридів дорівнює  $1,83 \pm 1,28$  ммоль/л, рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності дорівнює  $0,82 \pm 0,57$  ммоль/л, кінцевий діастолічний об'єм дорівнює  $79,00 \pm 21,18$  мл, кінцевий діастолічний розмір  $4,89 \pm 1,36$  см, кінцевий систолічний розмір  $3,61 \pm 1,19$  см, прогнозують односудинне ураження коронарних артерій.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 5,7 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на ішемічну хворобу серця й цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Тест-система фірми «Реагент», тест-система «INSULIN ELISA KIT», набір реактивів «Human SORT I ELISA Kit», ультразвуковий апарат RADMIR (Ultima PRO 30), лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сипало А.О. (0577062975), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

#### Реєстр. № 143/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ БАГАТОСУДИННОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121632. МПК А61В 5/00, G01N 33/49. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу / Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706411; заявл. 23.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 18.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis the degree of coronary artery disease in coronary heart disease on the background of type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій, який включає вимірювання біохімічних показників крові, зокрема тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності, який відрізняється тим, що для прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу додатково обчислюють рівень інсулінорезистентності НОМА за формулою, вимірюють рівень сортиліну, інсуліну, визначають кінцевий діастолічний об'єм, кінцевий діастолічний розмір, кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка, та якщо індекс інсулінорезистентності НОМА дорівнює  $5,43 \pm 2,72$  ОД, рівень сортиліну дорівнює  $233,47 \pm 47,85$  нг/л, рівень інсуліну дорівнює  $17,59 \pm 5,53$  мкЕ/мл, рівень тригліцеридів дорівнює  $2,78 \pm 0,69$  ммоль/л, рівень холестерину) ліпопротеїдів дуже низької щільності дорівнює  $1,29 \pm 0,31$  ммоль/л, кінцевий діастолічний об'єм дорівнює  $115,00 \pm 31,29$  мл, кінцевий діастолічний розмір  $7,87 \pm 0,54$  см, кінцевий систолічний розмір  $5,49 \pm 0,53$  см, прогнозують багатосудинне ураження коронарних артерій.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 5,7 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на ішемічну хворобу серця й цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Тест-система фірми «Реагент», тест-система «INSULIN ELISA KIT», набір реактивів «Human SORT I ELISA Kit», ультразвуковий апарат RADMIR (Ultima PRO 30), лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сипало А.О. (0577062975), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

#### Реєстр. № 144/5/18

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОДНОСУДИННОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА РІВНЕМ СОРТИЛІНУ.
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.

3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121632. МПК А61В 5/00, G01N 33/49. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу / Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706411; заявл. 23.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 18.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis the degree of coronary artery disease in coronary heart disease on the background of type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій, який включає вимірювання біохімічних показників крові, зокрема тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності, який відрізняється тим, що для прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу додатково вимірюють рівень сортиліну та якщо рівень сортиліну дорівнює  $174,16 \pm 46,03$  нг/л, рівень тригліцеридів дорівнює  $1,83 \pm 1,28$  ммоль/л, рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності дорівнює  $0,82 \pm 0,57$  ммоль/л, прогнозують одностудинне ураження коронарних артерій.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 5,7 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на ішемічну хворобу серця й цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Набор реактивів «Human SORT I ELISA Kit», лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сипало А.О. (0577062975), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

#### Реєстр. № 145/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ БАГАТОСУДИННОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА РІВНЕМ СОРТИЛІНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121632. МПК А61В 5/00, G01N 33/49. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу / Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник



- і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706411; заявл. 23.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 18.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis the degree of coronary artery disease in coronary heart disease on the background of type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
  7. Спосіб прогнозування ступеня ураження коронарних артерій, який включає вимірювання біохімічних показників крові, зокрема тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності, який відрізняється тим, що для прогнозування ступеня ураження коронарних артерій при ішемічній хворобі серця на тлі цукрового діабету 2 типу додатково вимірюють рівень сортиліну, і якщо рівень сортиліну дорівнює  $233,47 \pm 47,85$  нг/л, рівень тригліцеридів дорівнює  $2,78 \pm 0,69$  ммоль/л, рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності дорівнює  $1,29 \pm 0,31$  ммоль/л, прогнозують багатосудинне ураження коронарних артерій.
  8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 5,7 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на ішемічну хворобу серця й цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
  9. Набір реактивів «Human SORT I ELISA Kit», лікар-лаборант.
  10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4, тел. (057) 706-05-07.
  14. Немає.
  15. Сипало А.О. (0577062975), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

#### Реєстр. № 146/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ НЕСФАТИНУ-1.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125629. МПК G01N 33/50. Спосіб оцінки метаболічних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ожирінням за рівнем несфатину-1 / Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800844; заявл. 30.01.2018; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ступінь порушень ліпідного та вуглеводного обмінів при артеріальній гіпертензії на тлі ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the

proposed method can prognosis the severity of lipid and carbohydrate metabolism disturbances in arterial hypertension on the background of obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.

7. Спосіб оцінки метаболічних порушень у хворих з серцево-судинними захворюваннями в поєднанні з ожирінням, який включає визначення рівня несфатину-1, який відрізняється тим, що хворим з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння визначають рівень несфатину-1 в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він перевищує  $6,95 \pm 0,04$  нг/мл, діагностують порушення ліпідного та вуглеводного обмінів.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння на 7,1 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на артеріальну гіпертензією й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення несфатину-1 (комерційна тест-система «Human NES ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Шапаренко О.В. (0577062975), Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 147/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ НЕСФАТИНУ-1.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126622. МПК G01N 33/00 G01N 33/50. Спосіб оцінки ремоделювання міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ожирінням за рівнями несфатину-1 та ірисину / Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.; Харківський національний медичний університет. – № u201801166; заявл. 07.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ремоделювання міокарда при артеріальній гіпертензії на тлі ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis myocardium remodeling in arterial hypertension on the background of obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб оцінки ремоделювання міокарда у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ожирінням, який включає визначення рівня несфатину-1, який відрізняється тим, що хворим з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння визначають рівень несфатину-1 в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він перевищує  $16,95 \pm 0,04$  нг/мл, діагностують такі структурно-функціональні порушення як зниження здатності міокарда до скорочення та збільшення розмірів серця і його порожнин.

8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння на 6,8 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на артеріальну гіпертензією й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,4 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення несфатину-1 (комерційна тест-система «Human NES ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Шапаренко О.В. (0577062975), Кравчун П.Г.

### Реєстр. № 148/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ІРИСИНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126622. МПК G01N 33/00 G01N 33/50. Спосіб оцінки ремоделювання міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ожирінням за рівнями несфатину-1 та ірисину / Шапаренко О.В., Кравчун П.Г.; Харківський національний медичний університет. – № u201801166; заявл. 07.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ремоделювання міокарда при артеріальній гіпертензії на тлі ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis myocardium remodeling in arterial hypertension on the background of obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб оцінки ремоделювання міокарда у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ожирінням, який включає визначення рівня ірисину, який відрізняється тим, що хворим з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння визначають рівень ірисину в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він нижче, ніж  $1,19 \pm 0,03$  нг/мл, діагностують такі структурно-функціональні порушення як зниження здатності міокарда до скорочення та збільшення розмірів серця і його порожнин.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з артеріальною гіпертензією на тлі ожиріння на 7,2 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на артеріальну гіпертензією й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,9 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення ірисину (комерційна тест-система «Human Irisin ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.

10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Шапаренко О.В. (0577062975), Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 149/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ ВІТРОНЕКТИНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121305. МПК G01N 33/00, G01N 33/50. Спосіб прогнозування повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда в поєднанні з ожирінням за рівнем вітронектину / Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706952; заявл. 03.07.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда та ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis occurrence of recurrent cardiovascular events during 6 months after acute myocardial infarction and obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування виникнення повторних кардіоваскулярних подій у хворих протягом 6 місяців після перенесеного гострого інфаркту міокарда, який включає визначення рівня біомаркера ураження міокарда, який відрізняється тим, що у хворих на гострий інфаркт міокарда в поєднанні з ожирінням на перший день інфаркту міокарда імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем «Human Vitronectin» ELISA Kit визначають рівень вітронектину і, якщо рівень вітронектину 283,26 нг/мл і більше у порівнянні до контролю, прогнозують повторні кардіоваскулярні події протягом 6-місячного терміну.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда на тлі ожиріння на 6,7 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,3 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення вітронектину (комерційна тест-система «Human Vitronectin ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Гострий інфаркт міокарда, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

14. Немає.

15. Боровик К.М. (0577062975), Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

### Реєстр. № 150/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ТА ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ ГАЛЕКТИНУ-3.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123559. МПК G01N 33/00, G01N 33/48. Спосіб оцінки факторів ризику розвитку повторного інфаркту міокарда після перенесеного гострого коронарного синдрому з елевацією сегменту ST та ожирінням / Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201710739; заявл. 06.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда та ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis occurrence of recurrent cardiovascular events during 6 months after acute myocardial infarction and obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку повторних коронарних подій після перенесеного гострого коронарного синдрому, який включає біохімічні та імуноферментні дослідження сироватки крові з визначенням і оцінкою маркерів та факторів ризику ураження міокарда, який відрізняється тим, що у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST в поєднанні з ожирінням на другу добу інфаркту міокарда методом імуноферментного аналізу з використанням набору реактивів Human Galectin-3 ELISA Kit на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» визначають сироватковий рівень галектину-3, вимірюють об'єм талії та розраховують індекс маси тіла за формулою: Індекс маси тіла ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ) = маса тіла/(зріст), і при рівні галектину-3 > 12,83 нг/мл, індексу маси тіла >34,13  $\text{кг}/\text{м}^2$  та об'єму талії >130 см оцінюють як фактори ризику розвитку повторного інфаркту міокарда протягом 6-місячного терміну у хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST та ожирінням.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда на тлі ожиріння на 6,8 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення галектину-3 (комерційна тест-система «Human Galectin ELISA Kit» (США)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Гострий інфаркт міокарда, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Боровик К.М. (0577062975), Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 151/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ТА ОЖИРІННЯМ ЗА РІВНЕМ КРЕАТИНІНУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123559. МПК G01N 33/00, G01N 33/48. Спосіб оцінки факторів ризику розвитку повторного інфаркту міокарда після перенесеного гострого коронарного синдрому з елевацією сегменту ST та ожирінням / Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201710739; заявл. 06.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда та ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis occurrence of recurrent cardiovascular events during 6 months after acute myocardial infarction and obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку повторних коронарних подій після перенесеного гострого коронарного синдрому, який включає біохімічні та імуноферментні дослідження сироватки крові з визначенням і оцінкою маркерів та факторів ризику ураження міокарда, який відрізняється тим, що у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST в поєднанні з ожирінням на другу добу інфаркту міокарда біохімічним методом за допомогою тест-систем фірми Roche Diagnostics на аналізаторі Cobas 6000 визначають рівень креатиніну, вимірюють об'єм талії та розраховують індекс маси тіла за формулою:  $\text{Індекс маси тіла (кг/м}^2\text{)} = \text{маса тіла}/(\text{зріст})^2$ , і при рівні креатиніну сироватки крові  $>85$  мкмоль/л, індексу маси тіла  $>34,13$  кг/м<sup>2</sup> та об'єму талії  $>130$  см оцінюють як фактори ризику розвитку повторного інфаркту міокарда протягом 6-місячного терміну у хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST та ожирінням.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда на тлі ожиріння на 6,8 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення креатиніну (комерційна тест-система «Roche Diagnostics» (США)) сироватки крові, епіндорф, лікар-лаборант.
10. Захворювання такі, як гострий інфаркт міокарда, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Боровик К.М. (0577062975), Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 152/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ТА ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123559. МПК G01N 33/00, G01N 33/48. Спосіб оцінки факторів ризику розвитку повторного інфаркту міокарда після перенесеного гострого коронарного синдрому з елевацією сегменту ST та ожирінням / Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201710739; заявл. 06.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих після перенесеного гострого інфаркту міокарда та ожиріння, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis occurrence of recurrent cardiovascular events during 6 months after acute myocardial infarction and obesity, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку повторних коронарних подій після перенесеного гострого коронарного синдрому, який включає біохімічні та імуноферментні дослідження сироватки крові з визначенням і оцінкою маркерів та факторів ризику ураження міокарда, який відрізняється тим, що у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST в поєднанні з ожирінням на другу добу інфаркту міокарда методом імуноферментного аналізу з використанням набору реактивів Human Galectin-3 ELISA Kit па імуноферментному аналізаторі «Labline-90» визначають сироватковий рівень галектину-3, біохімічним методом за допомогою тест-систем фірми Roche Diagnostics на аналізаторі Cobas 6000 визначають рівень креатиніну, вимірюють об'єм талії та розраховують індекс маси тіла за формулою: Індекс маси тіла (кг/м<sup>2</sup>) = маса тіла/(зріст)<sup>2</sup>, і при рівні креатиніну сироватки крові >85 мкмоль/л, галектину-3 >12,83 нг/мл, індексу маси тіла >34,13 кг/м<sup>2</sup> та об'єму талії >130 см оцінюють як фактори ризику розвитку повторного інфаркту міокарда протягом 6-місячного терміну у хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST та ожирінням.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда на тлі ожиріння на 6,8 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та ожиріння шляхом покращення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда й ожиріння за рахунок зниження ліжко-днів на 6,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Імуноферментний аналізатор, реактиви для визначення галектину-3 (комерційна тест-система «Human Galectin ELISA Kit» (США)) сироватки крові, тест-система

фірми Roche Diagnostics для визначення креатиніну, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.

10. Гострий інфаркт міокарда, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Боровик К.М. (0577062975), Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

### Реєстр. № 153/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО Q-ПОЗИТИВНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА І СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРОТЯГОМ 6 МІСЯЦІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127058. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування розвитку повторного Q-позитивного інфаркту міокарда у хворих з гострим інфарктом міокарда і супутнім цукровим діабетом 2 типу протягом 6 місяців спостереження / Мінухіна Д.В., Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201802294; заявл. 05.03.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій у хворих з гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis development of recurrent cardiovascular events in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування розвитку повторного Q-позитивного інфаркту міокарда у хворих з гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2 типу, який включає визначення рівня асиметричного диметиларгініну, ендотеліальної синтази оксиду азоту, загального холестерину, концентрації глюкози, глікозильованого гемоглобіну, який відрізняється тим, що хворим з гострим інфарктом міокарда на 1-шу добу захворювання та цукровим діабетом 2 типу визначають рівень асиметричного диметиларгініну, ендотеліальної синтази оксиду азоту, загального холестерину, концентрації глюкози, глікозильованого гемоглобіну, результати яких вводяться у формулу  $1/(1+\exp^{-(5,61+2,64\text{Часиметричний диметиларгінін}+0,94\text{Ч ендотеліальна синтаза оксиду азоту}-1,39\text{Чзагальний холестерин}-0,34\text{Чглікозильований гемоглобін}+0,17\text{Чглюкоза})}$  і, при отриманні значення більше 0,72, прогнозують розвиток повторного Q-позитивного інфаркту міокарда.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням на 7,3 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення прогностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 6,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.



9. Реактиви для визначення асиметричного диметиларгініну (комерційна тест-система «Immundiagnostik» (Німеччина)), ендотеліальної синтази оксиду азоту (комерційна система «RandD Systems» (США)), загального холестерину (комерційна система «Liquik Cog-TC» (Польща)), концентрації глюкози (комерційна система «Liquik Cog-Glucose» (Польща)), глікозильованого гемоглобіну (комерційна система «Roche» (Швейцарія)) сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Мінухіна Д.В. (0577062975), Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г.

### Реєстр. № 154/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ЗА РІВНЕМ ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127874. МПК G01N 33/53. Спосіб прогнозування повторних кардіоваскулярних подій протягом 6-місячного терміну спостереження у хворих на гострий інфаркт міокарда, ускладнений цукровим діабетом 2 типу / Мінухіна Д.В., Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г., Залюбовська О.І., Гаврилюк В.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201802268; заявл. 05.03.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторних кардіоваскулярних подій у хворих з гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2 типу, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method can prognosis development of recurrent cardiovascular events in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes, which is associated with increased survival in this cohort of patients.
7. Спосіб прогнозування розвитку повторних кардіоваскулярних подій після перенесеного гострого інфаркту міокарда при цукровому діабеті 2 типу, який включає визначення рівня інгібітора активатора плазміногена 1 типу в сироватці крові імуноферментним методом, який відрізняється тим, що хворим з гострим інфарктом міокарда на 1-шу добу захворювання та цукровим діабетом 2 типу визначають інгібітора активатора плазміногена 1 типу і , якщо його рівень перевищує  $68,59 \pm 6,59$  нг/мл, прогнозують повторні кардіоваскулярні події після перенесеного інфаркту міокарда при цукровому діабеті 2 типу.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням на 7,4 %. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу гострого інфаркту міокарда та цукрового діабету 2 типу шляхом покращення прогностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 6,3 %. Відомо, що

- пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня інгібітора активатора плазміногена (комерційна тест-система «Technozym PAI ELISA Kit» (Австрія)), пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
  10. Ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Мінухіна Д.В. (0577062975), Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г., Залюбовська О.І., Гаврилюк В.А.

### Реєстр. № 155/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ.**
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127251. МПК G01N 33/50. Спосіб діагностики ускладненого перебігу хронічної серцевої недостатності у хворих з поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця й ожиріння / Кадикова О.І., Кравчун П.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201801336; заявл. 12.02.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати ускладнений перебіг хронічної серцевої недостатності у хворих з ішемічною хворобою серця й ожирінням, що асоціюється із підвищенням виживаності даної когорти хворих. Using of the proposed method will allow predicting the complicated course of chronic heart failure in patients with coronary artery disease and obesity, which is associated with an increased survival rate of this cohort of patients.
7. Спосіб діагностики ускладненого перебігу хронічної серцевої недостатності, який включає оцінку рівнів маркерів ризику в сироватці крові, який відрізняється тим, що у хворих з поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця й ожиріння проводять дослідження алельних поліморфізмів Met235Thr гена ангіотензиногена, G-308A гена фактора некрозу пухлин-а методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичної детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС», визначають рівень інсуліну крові натщесерце методом імуноферментного аналізу, вимірюють індекс маси тіла, кінцевий систолічний об'єм і фракцію викиду з наступним розрахунком за формулою: ризик серцево-судинних ускладнень =  $1/(1+\text{Exp}(-Y))$ , де  $Y = \text{інсулін} \times 2,18 + \text{індекс маси тіла} \times 3,04 + \text{кінцевий систолічний об'єм} \times 2,97 + \text{фракція викиду} \times 1,64 + \text{генотип T/T поліморфного локусу M235T гена ангіотензиногена} \times 1,23 - \text{генотип A/A поліморфного локусу G-308A гена фактора некрозу пухлин-а} \times 2,18-2,88$ ; змінні, що входять до рівняння кодують як 1 за наступних умов: інсулін >19,76 мкОД/мл; індекс маси тіла >27,6 кг/м; кінцевий систолічний об'єм >186 мл; фракція викиду <33 %; наявність генотипу T/T поліморфного локусу M235T гена ангіотензиногена та генотипу A/A поліморфного локусу G-308A гена фактора некрозу пухлин-а, якщо умови не виконуються, змінні кодують 0, та при значенні ризику серцево-судинних

- ускладнень  $\geq 70$  % діагностують ускладнений перебіг хронічної серцевої недостатності.
8. Медичні – поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця та ожирінням. Соціальні – зростання рівня виживаності хворих при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця й ожиріння. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 23,0 грн. на лікування 1 хворого з ішемічною хворобою серця й ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 5,4 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
  9. Реактиви для визначення інсуліну (комерційна тест-система «DRG Instruments GmbH» (Німеччина)), алельних поліморфізмів Met235Thr гена ангіотензиногена, G-308A гена фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (комерційна тест-система «SNP-ЕКСПРЕСС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ)) у цільній крові, реактиви для виділення ДНК з цільної крові (комерційна тест-система «ДНК-ЕКСПРЕСС-КРОВЬ» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ)), пробірки з EDTA, лікар-лаборант.
  10. Ішемічна хвороба серця, ожиріння.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Кадикова О.І. (0508115557), Кравчун П.Г.

#### Реєстр. № 156/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З КЛІНІЧНИМИ ОЗНАКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0118U000923, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122290. МПК А61К 31/17, А61Р 25/22, А61Р 9/06. Спосіб лікування ідіопатичного пролапсу мітрального клапана у осіб молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункції / Біловол О.М., Капустник В.А., Князькова І.І., Циганков О.І., Мазій В.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201708376; заявл. 14.08.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Спосіб оцінки ефективності лікування осіб молодого віку з ідіопатичним пролапсом мітрального клапана та клінічними ознаками вегетативної дисфункції при додаванні до стандартної терапії мебікару, що включає дослідження клініко-інструментальних показників, зокрема клінічної симптоматики, варіабельності ритму серця, рівнів тривоги з наступним порівнянням його з нормою та оцінкою лікування як ефективного. Way to assess the effectiveness of treatment of young patients with idiopathic mitrale valve prolapse and clinical sings of vegetative dysfunction when added to standard therapy mebicar, including clinical symptoms, heart rate variability, levels of anxiety with comparison with normal and assessment treatment efficiency.
7. Спосіб лікування пацієнтів з ідіопатичним пролапсом мітрального клапана у осіб молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункції включає призначення  $\beta$ -адреноблокатора і додаткового призначення мебікару по 500 мг тричі на день під контролем варіабельності серцевого ритму та психоемоційного стану, курсом до їх нормалізації.

8. Медичні – підвищення ефективності лікування ідіопатичного пролапсу мітрального клапана у осіб молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункції. Соціальні – покращення якості життя осіб молодого віку з ідіопатичним пролапсом мітрального клапана шляхом лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 32,0 грн. на лікування 1 хворого з ідіопатичним пролапсом мітрального клапана з клінічними ознаками вегетативної дисфункції за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Ехо-доплерокардіографія (ультразвуковий діагностичний сканер з оцінкою трансмітрального потоку в імпульсно-хвильовому доплерівському режимі), опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін, опитувальник тривожності, кардіографічний комплекс для холтерівського моніторингу, β-адреноблокатор, мебікар.
10. Ідіопатичний пролапс мітрального клапана, недиференційована дисплазія сполучної тканини, вегетативна дисфункція.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Біловол О.М., Капустник В.А., Князькова І.І. (0984277329), Циганков О.І., Мазій В.В.

#### Реєстр. № 157/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПІДВИЩЕНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ РИГІДНІСТЮ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0118U000923, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122825. МПК А61К 31/00, А61Р 9/00. Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у осіб молодого віку з підвищеною артеріальною ригідністю / Біловол О.М., Капустник В.А., Князькова І.І., Жадан А.В., Несен А.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u2017/08387; заявл. 14.08.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у осіб молодого віку, який включає призначення антигіпертензивної терапії, причому для лікування артеріальної гіпертензії у осіб молодого віку з підвищеною артеріальною ригідністю призначають антагоніст кальцію амлодипін, один раз на добу під контролем рівня периферичного і центрального систолічного та діастолічного артеріального тиску та показників жорсткості судин, до їх нормалізації. The method of treatment of arterial hypertension in young patients includes prescription of antihypertensive therapy. Besides for treatment of arterial hypertension in young patients with increased of arterial stiffness calcium antagonist amlodipine is prescribed once a day under control of peripheral and central systolic and diastolic arterial pressure and vessel rigidity parameters until their normalization.
7. Спосіб лікування осіб молодого віку з артеріальною гіпертензією, що включає реєстрацію периферичного і центрального систолічного та діастолічного артеріального тиску й показників жорсткості судин хворого до лікування й після нього, який відрізняється тим, що для лікування артеріальної гіпертензії у осіб

- молодого віку з підвищеною артеріальною ригідністю призначають антагоніст кальцію амлодипін і для оцінки ефективності лікування додатково визначають показники жорсткості судин і центрального тиску.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування осіб молодого віку з артеріальною гіпертензією. Соціальні – покращення якості життя осіб молодого віку з артеріальною гіпертензією шляхом лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 32,0 грн. на лікування 1 хворого з артеріальною гіпертензією за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
  9. Тонометр для вимірювання артеріального тиску, пристрій для апланаційної тонометрії променевої артерії (SphygmoCor, Австралія), антагоніст кальцію амлодипін.
  10. Артеріальна гіпертензія.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Біловол О.М., Капустник В.А., Князькова І.І. (0984277329), Жадан А.В., Несен А.О.

#### Реєстр. № 158/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, АСОЦІЙОВАНУ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику ураження органів-мішеней та лікувальну стратегію у пацієнтів з артеріальною гіпертензією молодого віку», 0114U003386, 2014-2016 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 97421. МПК А61К 9/00. Спосіб лікування хворих на ішемічну хворобу серця, асоційовану із хронічним обструктивним захворюванням легень / Біловол О.М., Князькова І.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201411421; заявл. 20.10.2014; опубл. 10.03.2015. Бюл. № 5.
6. Спосіб лікування хворих на ішемічну хворобу серця, що включає призначення лікувального комплексу із застосуванням петльового діуретика, який відрізняється тим, що при асоціації ішемічної хвороби серця із хронічним обструктивним захворюванням легень хворому під контролем систолічної і діастолічної функції лівого шлуночка, розмірів лівих і правих камер серця, тиску в легеневій артерії і функції зовнішнього дихання як петльовий діуретин призначають торасемід у дозі 20 мг на добу до зникнення набрякового синдрому і застою в легенях з подальшим переведенням хворого на підтримуючу дозу торасеміду – 10 мг на добу. A method for treating the patients with ischemic heart disease includes the appointment of a medical complex with the use of a loop diuretic. In association with coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease the patient under the control of systolic and diastolic left ventricular function, of the size of the left and right chambers of the heart, of pulmonary artery pressure and of respiratory function is administered with a loop diuretic which is torasemide of 20 mg per day to the disappearance of edema syndrome and stagnation in the lungs with a following transfer of a patient to a maintenance dose of torasemide, which is 10 mg per day.

7. Спосіб лікування пацієнтів на ішемічну хворобу серця в поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень шляхом призначення торасеміду у дозі 20 мг на добу до зникнення набрякового синдрому і застою в легенях з подальшим переведенням хворого на підтримуючу дозу торасеміду – 10 мг на добу.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування ішемічної хвороби серця в поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень. Соціальні – покращення якості життя осіб з ішемічною хворобою серця в поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень шляхом лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 32,0 грн. на лікування 1 хворого з ішемічною хворобою серця в поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що пропускну здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Ехо-доплерокардіографія (ультразвуковий діагностичний сканер з оцінкою трансмітрального потоку в імпульсно-хвильовому доплерівському режимі), спірографія (спірограф), кардіографічний комплекс для холтерівського моніторингу ЕКГ «Кардіосенс» («ХАІ Медика», Україна), торасемід.
10. Ішемічна хвороба серця в поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Біловол О.М., Князькова І.І. (0984277329).

#### Реєстр. № 159/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику ураження органів-мішеней та лікувальну стратегію у пацієнтів з артеріальною гіпертензією молодого віку», 0114U003386, 2014-2016 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 97714. МПК А61Р 9/00, А61К 31/04. Спосіб лікування стабільної стенокардії напруги / Біловол О.М., Князькова І.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201413172; заявл. 08.12.2014; опубл. 25.03.2015. Бюл. № 6.
6. Спосіб лікування стабільної стенокардії напруги, що включає призначення нітратів тривалої дії, який відрізняється тим, що нітрати тривалої дії призначають з інтервалом між вечірньою та ранковою дозами не менше 12 годин, кожні 3 місяці їх відмінюють на 3-6 днів та призначають на цей час молсидомін з початковою дозою 2 мг 3-4 рази на добу після їжі з можливістю збільшення добової дози до 16 мг по 4 мг 3-4 рази на добу при необхідності. A method for treating stenocardia comprising administration of long-acting nitrates with intervals between morning and evening doses at least 12 hours. Every 3 months they canceled for 3-6 days and prescribed for this time molsydomin with an initial dose of 2 mg 3-4 times daily after meals with the possibility of increasing the daily dose up to 16 mg to 4 mg 3-4 times a day if necessary.
7. Спосіб лікування стабільної стенокардії напруги шляхом призначення нітратів тривалої дії з інтервалом між вечірньою та ранковою дозами не менше 12 годин, кожні 3 місяці їх відмінюють на 3-6 днів та призначають на цей час молсидомін з початковою дозою 2 мг 3-4 рази на добу після їжі з можливістю збільшення добової дози до 16 мг по 4 мг 3-4 рази на добу при необхідності.

8. Медичні – підвищення ефективності лікування пацієнтів із стабільною стенокардією напруги. Соціальні – покращення якості життя хворих на стабільну стенокардію напруги шляхом лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 32,0 грн. на лікування 1 хворого з артеріальною гіпертензією за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Тонометр для вимірювання артеріального тиску, секундомір, електрокагдіограф, нітрати тривалої дії, молсидомін.
10. Стабільна стенокардія напруги.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Біловол О.М., Князькова І.І. (0984277329).

### Реєстр. № 160/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОРТОСТАТИЧНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ У МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ФОНІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0118U000923, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122570. МПК А61К 5/02, А61В 8/02. Спосіб прогнозування розвитку ортостатичної гіпотензії у молодих чоловіків з артеріальною гіпертензією на фоні антигіпертензивної терапії / Біловол О.М., М'ясоєдов В.В., Князькова І.І., Несен А.О., Циганков О.І., Валентінова І.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201709007; заявл. 11.09.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Спосіб прогнозування розвитку ортостатичної гіпотензії у молодих чоловіків з артеріальною гіпертензією на фоні антигіпертензивної терапії, що включає оцінку клініко-інструментальних показників, зокрема клінічної симптоматики, параметрів варіабельності ритму серця з наступним аналізом цих параметрів в ортостатичному тесті. The method of prognosing of orthostatic hypotension development in young age male patients with arterial hypertension on the background of hypotensive therapy which including evaluating of clinical and instrumental parameters particularly clinical symptoms, indexes of heart rate variability with analysis of this parameters in orthostatic tests.
7. Спосіб прогнозування розвитку ортостатичної гіпотензії у молодих чоловіків з артеріальною гіпертензією на фоні антигіпертензивної терапії включає проведення активної ортостатичної проби й вимірювання систолічного і діастолічного артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, оцінку скарг церебрального, вегетативного і кардіального характеру хворого, який відрізняється тим, що для прогнозування розвитку ортостатичної гіпотензії в указаній когорті хворих додатково визначають спектральні параметри варіабельності ритму серця і при відсутності динаміки спектральної щільності потужності в діапазоні низьких частот та загальної потужності спектру в ортостатичному тесті прогнозують розвиток ортостатичної гвпотензі.

8. Медичні – підвищення ефективності лікування молодих чоловіків з артеріальною гіпертензією. Соціальні – покращення якості життя осіб молодого віку з артеріальною гіпертензією шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 32,0 грн. на лікування 1 хворого з артеріальною гіпертензією за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Тонometr, секундомір, кардіографічний комплекс для холтерівського моніторингу,  $\beta$ -адреноблокатор, мебікар.
10. Артеріальна гіпертензія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Біловол О.М., М'ясоєдов В.В., Князькова І.І. (0984277329), Несен А.О., Циганков О.І., Валентінова І.А.

### Реєстр. № 161/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ГІПОТИРЕОЗУ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0118U000923, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125567. МПК G01N 33/49. Спосіб діагностики порушень антиоксидантної системи у хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу / Біловол О.М., Немцова В.Д., Златкіна В.В., Ільченко І.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201712993; заявл. 27.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Спосіб діагностики порушень антиоксидантної системи у хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу шляхом визначення в сироватці крові глутатіонпероксидази, сульфгідрильних груп та рівня малонового діальдегіду з наступним порівнянням цих показників з пацієнтами, у яких на фоні артеріальної гіпертензії мало місце наявність ізольовано цукрового діабету 2 типа або гіпотиреозу. Way to assess the effectiveness of treatment of patients with stable angina in combination with obesity when added to standard therapy mexicor, including studies of clinical and laboratory parameters, including total cholesterol, followed by comparing it with the rate of assessment and treatment as effective.
7. Спосіб оцінки порушень життєдіяльності організму при різних захворюваннях, який включає визначення рівнів малонового діальдегіду та відновленого глутатіону в плазмі крові, який відрізняється тим, що для діагностики порушень антиоксидантної системи у хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу в сироватці крові визначають рівень глутатіонпероксидази (ГПО), рівень сульфгідрильних груп (SH-груп) та рівень малонового діальдегіду (МДА) і при рівні МДА більше ніж  $7,51 \pm 0,46$  мкмоль/л, рівні ГПО менше ніж  $4,76 \pm 0,11$  мккат/гНв, а при рівні SH-групи менше ніж  $557,14 \pm 9,61$  мкмоль/л діагностують порушення антиоксидантної системи.



8. Медичні – підвищення ефективності діагностики порушень антиоксидантної системи у хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу. Соціальні – покращення якості життя у хворих при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу.
9. Набори реактивів для визначення активності глутатіонпероксидази (ГПО), рівня сульфгідрильних груп (SH-груп) та рівня малонового діальдегіду (МДА), лікар-лаборант.
10. Поєднаний перебіг артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу та гіпотиреозу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Біловол О.М., Немцова В.Д. (0504068123), Златкіна В.В., Ільченко І.А.

#### Реєстр. № 162/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0118U000923, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124637. МПК А61К 31/00, А61Р 9/12 (2006.01), А61Р 3/08 (2006.01). Спосіб лікування гіпертонічної хвороби з супутнім цукровим діабетом 2 типу / Златкіна В.В., Немцова В.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201712997; заявл. 27.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Спосіб лікування гіпертонічної хвороби із супутнім цукровим діабетом 2 типу, який включає призначення антигіпертензивного лікарського засобу – олмесартану. A method for treating hypertonic disease with concomitant type 2 diabetes, which includes the appointment of drug – olmesartan.
7. Спосіб лікування гіпертонічної хвороби із супутнім цукровим діабетом 2 типу, який включає призначення антигіпертензивного лікарського засобу, який відрізняється тим, що хворим призначають олмесартан шляхом титрування в дозі від 10 мг до 30 мг та гідрохлортіазид в дозі 12,5 мг на добу, зранку під час їжі, протягом року, до отримання стабільного антигіпертензивного ефекту.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім цукровим діабетом 2 типу. Соціальні – покращення якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім цукровим діабетом 2 типу. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на гіпертонічну хворобу із супутнім цукровим діабетом 2 типу.
9. Олмесартан; гідрохлортіазид.
10. Гіпертонічна хвороба із супутнім ЦД 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.

**Реєстр. № 163/5/18**

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОДВІЙНОЇ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ ТА БЕЗ НЬОГО.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинного ураження у хворих на гіпертонічну хвороба у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушень», 0112U002385, 2012-2014 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120687. МПК G01N 33/49. Спосіб оцінки ефективності подвійної комбінованої антигіпертензивної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та без нього / Бабак О.Я., Андрєєва А.О., Гопцій О.В., Візір М.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201705729; заявл. 09.06.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Спосіб оцінки ефективності комбінованої антигіпертензивної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та без нього шляхом оцінки синтезу біологічно активних речовин, який включає визначення вмісту ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNos) у плазмі крові хворих, який відрізняється тим, що вміст eNos в плазмі крові хворого визначають імуноферментним методом до лікування та після нього, а комбіновану антигіпертензивну терапію оцінюють як ефективну при підвищенні вмісту eNos по відношенню до попереднього виміру на 16,8 % при гіпертонічній хворобі без ожиріння та на 18,9 % при гіпертонічній хворобі з ожирінням. A method for evaluating the effectiveness of combined antihypertensive therapy in hypertonic and obesity patients with and without adiposity by evaluating the synthesis of biologically active substances, which includes determining the content of endothelial nitric oxide synthase (eNos) in blood plasma of patients, characterized in that the eNos content in the blood plasma of the patient are determined by the immune enzyme method before and after treatment, and combined antihypertensive therapy is assessed as effective in increasing the eNos content in relation to the previous measurement by 16.8% with hypertension It has a disease without obesity and 18.9% in hypertension with obesity.
7. Спосіб оцінки ефективності комбінованої антигіпертензивної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та без нього шляхом оцінки синтезу біологічно активних речовин, який включає визначення вмісту ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNos) у плазмі крові хворих, який відрізняється тим, що вміст eNos в плазмі крові хворого визначають імуноферментним методом до лікування та після нього, а комбіновану антигіпертензивну терапію оцінюють як ефективну при підвищенні вмісту eNos по відношенню до попереднього виміру на 16,8 % при гіпертонічній хворобі без ожиріння та на 18,9 % при гіпертонічній хворобі з ожирінням.
8. Медичні – запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі абдомінального ожиріння, шляхом ранньої діагностики з визначенням рівня eNos в сироватці крові та своєчасного лікування подвійною комбінованою антигіпертензивною терапією. Соціальні – зниження частоти госпіталізацій, покращення якості життя хворих. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на діагностику та лікування 1 хворого гіпертонічною хворобою на тлі ожиріння за рахунок ліжко-днів на 10%. Відомо, що пропускна здатність спеціального відділення – 19980 хворих на рік, ціна медичної послуги на рік – 45354,6 грн., собівартість запропонованого способу 40819,14 грн., рентабельність – 11,1%, економічний ефект склав 7131,23 грн.

9. Імуноферментний аналізатор, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Гіпертонічна хвороба, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Андрєєва А.О. (0688888182), Гопцій О.В., Візір М.О.

#### Реєстр. № 164/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ БАЗОВИМ РІВНЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинного ураження у хворих на гіпертонічну хвороба у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушень», 0112U002385, 2012-2014 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 116097. МПК G01N 33/48. Спосіб оцінки ефективності комбінованої антигіпертензивної терапії у пацієнтів з високим базовим рівнем артеріального тиску, хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з абдомінальним ожирінням / Бабак О.Я., Андрєєва А.О., Голенко Т.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201611210; заявл. 07.11.2016; опубл. 10.05.2017. Бюл. № 9.
6. Спосіб оцінки ефективності антигіпертензивної терапії включає моніторинг рівня артеріального тиску до досягнення ним цільових значень. У пацієнтів з високим базовим рівнем артеріального тиску, хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з абдомінальним ожирінням, ефективність комбінованої антигіпертензивної терапії додатково оцінюють за рівнем таких маркерів імунного запалення як інтерлейкін 4 (ІЛ-4), інтерлейкін 6 (ІЛ-6), С-реактивний білок (СРБ) та вісфатин. A method for evaluating the effectiveness of antihypertensive therapy includes monitoring blood pressure levels to achieve their target values. In patients with high baseline blood pressure patients with hypertension in combination with abdominal obesity, the effectiveness of combined antihypertensive therapy is estimated at the level of such markers of immune inflammation as interleukin 4 (IL-4), interleukin 6 (IL-6), C- reactive protein (CRP) and visfatin.
7. Спосіб оцінки ефективності антигіпертензивної терапії, який включає моніторинг рівня артеріального тиску до досягнення ним цільових значень, який відрізняється тим, що у пацієнтів з високим базовим рівнем артеріального тиску, хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з абдомінальним ожирінням, ефективність комбінованої антигіпертензивної терапії додатково оцінюють за рівнем таких маркерів імунного запалення як інтерлейкін 4 (ІЛ-4), інтерлейкін 6 (ІЛ-6), С-реактивний білок (СРБ) та вісфатин. Моніторинг рівнів ІЛ-4, ІЛ-6, СРБ та вісфатину здійснюють до лікування та після нього. Комбіновану антигіпертензивну терапію оцінюють як ефективну при наблизенні значень вимірів ІЛ-4, ІЛ-6, СРБ та вісфатину до контрольних рівнів.
8. Медичні – запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі абдомінального ожиріння, шляхом ранньої діагностики з визначенням рівня ІЛ-4, ІЛ-6, вісфатину в сироватці крові та своєчасного лікування комбінованою антигіпертензивною терапією. Соціальні – зниження частоти госпіталізацій, покращення якості життя хворих. Економічні – скорочення

фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на діагностику та лікування 1 хворого гіпертонічною хворобою на тлі ожиріння за рахунок ліжко-днів на 10%. Відомо, що пропускна здатність спеціального відділення – 19980 хворих на рік, ціна медичної послуги на рік – 45354,6 грн., собівартість запропонованого способу 40819,14 грн., рентабельність – 11,1%, економічний ефект склав 7131,23 грн.

9. Імуноферментний аналізатор, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Гіпертонічна хвороба, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Андрєєва А.О. (0688888182), Голенко Т.М.

### Реєстр. № 165/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА II ПЕРШОГО ТИПУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі гіпертонічної хвороби з урахуванням метаболічних, судинних аспектів і поліморфізму гена AGTR1», 0115U000236, 2015-2017 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121299. МПК G01N 33/00, G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики артеріальної гіпертензії в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки за поліморфізмом гена рецептора ангіотензина II першого типу / Бабак О.Я., Зайцева М.М., Молодан В.І., Лапшина К.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706821; заявл. 30.06.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Спосіб діагностики поєданого перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) за поліморфізмом гена рецептора ангіотензина II першого типу, який включає визначення генотипу гена рецептора ангіотензина II першого типу (A1166C). Генотип А/А характерний для ізольованого перебігу артеріальної гіпертензії, генотип А/С асоційовано із поєднаним перебігом АГ і НАЖХП, що може бути використано для ранньої діагностики коморбідної патології та прогнозування розвитку метаболічних ускладнень. Method of diagnostic hypertension compared with nonalcoholic fatty liver disease by evaluation angiotensin II 1 type gen polymorphism (A1166C). Genotype A/A is intrinsic for isolated hypertension, genotype A/C – for combined flow of hypertension (HT) and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). The method could be used for early diagnostic of comorbidity HT and NAFLD, and also prognosis metabolic complication progress.
7. Спосіб діагностики поєданого перебігу артеріальної гіпертензії з неалкогольною жировою хворобою печінки за поліморфізмом гена рецептора ангіотензина II першого типу, який включає визначення генотипу гена рецептора ангіотензина II першого типу (A1166C). Генотип А/А характерний для ізольованого перебігу артеріальної гіпертензії, генотип А/С асоційовано із поєднаним перебігом АГ і НАЖХП, що може бути використано для ранньої діагностики коморбідної патології та прогнозування розвитку метаболічних ускладнень.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування пацієнтів з коморбідністю неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби шляхом

визначення поліморфізму гена рецептора ангіотензину II першого типу. Соціальні – покращення якості життя за рахунок покращення метаболічних показників, зменшення запалення. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 300,5 грн. на лікування 1 хворого на гіпертонічну хворобу та неалкогольну жирову хворобу печінки за рахунок зниження ліжко-днів на 11,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1469 хворих на рік, економічний ефект складає 441 405,32 грн. на рік.

9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, ЕДТА, фотометр-аналізатор Humareader N 2106 (Німеччина), наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» та «ДНК-експрес-кровь» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ).
10. Неалкогольна жирова хвороба печінки, артеріальна гіпертензія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Зайцева М.М., Молодан В.І. (0502666837), Просоленко К.О., Лапшина К.А., Грозна Л.М.

#### Реєстр. № 166/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ПРИ ЇЇ ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА II ПЕРШОГО ТИПУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі гіпертонічної хвороби з урахуванням метаболічних, судинних аспектів і поліморфізму гена AGTR1», 0115U000236, 2015-2017 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121306. МПК C07K 7/14 (2006.01), A61K 31/00, A61P 9/12 (2006.01), A61P 1/16 (2006.01), . Спосіб фармакогенетичного лікування хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки / Бабак О.Я., Зайцева М.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201706953; заявл. 03.07.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Спосіб лікування гіпертонічної хвороби при її поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки з урахуванням поліморфізму гена рецептора ангіотензину II першого типу, який включає визначення генотипу гена рецептора ангіотензину II першого типу (A1166C). При виявленні генотипу A/C або C/C, завдяки високій чутливості алеля C у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з НАЖХП, призначається телмісартан. Method of treatment hypertension compared with nonalcoholic fatty liver disease by evaluation angiotensin II 1 type gen polymorphism (A1166C). Due to high sensitivity A/C and C/C genotype to blockers of angiotensin II first type receptors in patients with hypertension and nonalcoholic fatty liver disease, telmisartan is prescribed.
7. Спосіб лікування артеріальної гіпертензії в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки, що включає оцінку вимірів загальноклінічних та інструментальних обстежень, який відрізняється тим, що у хворих з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та неалкогольної жирової хвороби печінки додатково оцінюють поліморфізм гена рецептора ангіотензину II першого типу

- (A1166C) і при визначенні генотипу з С алелем призначають блокатор цих рецепторів телмісартан (40 мг).
8. Медичні – підвищення ефективності лікування пацієнтів з коморбідністю неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби. Соціальні – покращення якості життя хворих. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 300,5 грн. на лікування 1 хворого на гіпертонічну хворобу та неалкогольну жирову хворобу печінки за рахунок зниження ліжко-днів на 11,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1469 хворих на рік, економічний ефект складає 441 405,32 грн. на рік.
  9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, ЕДТА, фотометр-аналізатор, наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» та «ДНК-експрес-кровь».
  10. Артеріальна гіпертензія, неалкогольна жирова хвороба печінки.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 1. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Бабак О.Я., Зайцева М.М., Молодан В.І. (0502666837), Просоленко К.О., Лапшина К.А.

## КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

### Реєстр. № 167/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ФЕРТИЛЬНОСТІ В ЧОЛОВІКІВ.**
2. НДР «Вивчення змін морфофункціональних, біохімічних і генетичних показників еякуляту та імунного гомеостазу в чоловіків із порушенням репродуктивної функції за наявності токсокарозної інвазії».
3. Клінічна лабораторна діагностика.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 122056. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики порушень фертильності в чоловіків / Воронцова Л.Л., Міхєєв О.О., Дуб М.І.; заявники та патентовласники ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201706625; заявл. 26.06.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу розробити такий біохімічний метод діагностики порушень фертильності, який дає можливість відобразити зв'язок біохімічних властивостей сперми з порушеннями сперматогенезу в чоловіків за умов безпліддя в шлюбі. Поставлена задача вирішується за рахунок того, що в способі діагностики порушень фертильності чоловіків виконується дослідження саме активності ензиму  $\gamma$ -глутамілтранспептидази, що міститься як у самих сперматозоїдах, так і в сім'яній рідині. Суть способу заключається в тому, що для діагностики порушень фертильності в чоловіків визначають активність  $\gamma$ -глутамілтранспептидази за методом постійного часу за протоколом тест-системи ТОВ НВП «Філісіт-Діагностика» з тією різницею, що сироватка крові змінюється на екстракт гомогенату еякуляту. При питомій активності, вищій за 0,363 нкат/млн. сперматозоїдів, діагностують значення порушення фертильності, а при питомій активності, вищій ніж 10,3 – відсутність фертильності еякуляту.
8. Клінічна ефективність: дозволяє покращити діагностику пацієнтів з порушеннями фертильності еякуляту та визначити об'єктивний показник для підвищення якості їх

- подальшого лікування. Соціальна ефективність: спосіб може бути виконаний амбулаторно, не потребує госпіталізації хворого. Економічна ефективність: не тудомісткий та не потребує наявності дорогого обладнання.
9. Тест-система ТОВ НВП «Філісіт-Діагностика» для визначення активності  $\gamma$ -глутамілтранспептидази, фотометричне обладнання, яке здатне вимірювати оптичну щільність при 405 (400-430) нм у діапазоні (0-1,0) од. опт. щільності та довжині оптичного шляху 10 мм або 5 мм.
  10. Зхворювання та стани, що супроводжуються патоспермією.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра клінічної лабораторної діагностики. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
  14. Немає.
  15. Воронцова Л.Л., Міхєєв О.О., Дуб М.І. (0660555201).

### Реєстр. № 168/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ.**
2. НДР «Вивчити механізми розвитку тканинних реакцій, ланки міжклітинної взаємодії, особливості регенеративних процесів за локального термічного ушкодження при порушенні вуглеводного обміну», 0116U004902, 2016-2018 рр.
3. Клінічна лабораторна діагностика.
4. 2+,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. В основу наукової продукції поставлена задача розробки способу оцінки стану тромбоцитарної ланки гемостазу шляхом визначення кількості тромбоцитів в периферичній крові, вимірювання додаткових показників дезагрегації тромбоцитів, розрахунку за формулою індексу функціональної активності тромбоцитів і, таким чином, врахування агрегаційних та дезагрегаційних властивостей тромбоцитів разом із кількістю клітин в крові, що дозволяє оцінити стан тромбоцитарної ланки гемостазу. Технічний результат, який досягається при використанні способу, полягає у можливості оцінити активність створення агрегатів, їх міцність, функціональні властивості тромбоцитів за ефективністю агрегації й дезагрегації, визначити індекс функціональної активності тромбоцитів за формулою та разом із кількістю клітин в крові більш об'єктивно оцінити стан тромбоцитарної ланки гемостазу як гіперактивний, нормальний та гіпоактивний.
8. Запропонований спосіб оцінки стану тромбоцитарної ланки гемостазу враховує кількість тромбоцитів поєднано із їх функціональною активністю, що оцінюється кількісним показником, використання відносних величин нівелює суб'єктивні впливи оператора та приладу, умов виконання аналізу тощо, та є більш об'єктивним. Відношення ступеню агрегації до дезагрегації надає можливість оцінити активність створення агрегатів та їх міцність. Відношення ефективності агрегації до дезагрегації надає можливість оцінити функціональні властивості тромбоцитів за ефективністю агрегації та дезагрегації.
9. Гематологічний аналізатор (MicroCC, Китай), аналізатор агрегації тромбоцитів РМ-2110 («СОЛАР», Білорусь) із програмою обробки даних СОЛАР.
10. Дослідження системи гемостазу
11. Немає.
12. Для вимірювання кількості тромбоцитів (PLT) за допомогою гематологічного аналізатора кров забирають у пробірки з EDTA об'ємом до 2 мл. Для виконання

- агрегаторами кров збирають у пробірки об'ємом 10,0 мл, які містять 0,9 мл 3,8% цитрату натрію.
13. Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини НМУ імені О.О. Богомольця.
  14. Немає.
  15. Натрус Л.В. (0501780777), Черновол П.А., Копчак А.В., Рибак В.А., Павличук Т.О., Панова Т.І.

#### Реєстр. № 169/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦИТОПЛАЗМАТИЧНИХ МЕМБРАН.**
2. НДР «Біохімічні механізми розвитку дисметаболических процесів за умов впливу хімічних чинників навколишнього середовища», 0115U000240, 2015-2019 pp.
3. Біологічна хімія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 116919. МПК А61В 10/00, G01N 33/483. Спосіб діагностики структурно-функціонального стану цитоплазматичних мембран / Жерновая М.Є., Вишницька І.А., Жуков В.І., Комаревцева І.О., Наконечна О.А., Андросов Є.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201605284; заявл. 16.05.2016; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Спосіб діагностики структурно-функціонального стану цитоплазматичних мембран сироватки крові й гепатоцитів щурів на 30 й 60 добу токсифікації їх 1/10, 1/100 й 1/1000 DL<sub>50</sub> поліоксипропіленгліколю з молекулярною масою 2100 й товарною назвою "Лапрол" (Л-2102), що включає дослідження біохімічних показників, зокрема інтенсивності спонтанної хемілюмінесценції (СХЛ), індукованої FeCl<sub>3</sub> хемілюмінесценції (FeCl<sub>3</sub>-ІХЛ), люмінол-залежної й індукованої FeCl<sub>3</sub> хемілюмінесценції (ЛЗ FeCl<sub>3</sub>-ІХЛ), інтенсивності фосфоресценції (ФР) сироватки, текучості цитоплазматичних мембран еритроцитів і лімфоцитів, окислювальної модифікації білків мембран даних клітин і відсоткового вмісту фосфатидилетаноламіну (ФЕА), сфінгом'єліну (СМ), фосфатидилінозитулу (ФІ), фосфатидилсерину (ФС), фосфатидилхоліну (ФХ), лізофосфатидилетаноламіну (ЛФЕА), лізофосфатидилхоліну (ЛФХ) і кардіоліпину (КЛ) у мембранах еритроцитів, лімфоцитів і гепатоцитів, а також іонної проникності мембран еритроцитів (швидкість самовільного й індукованого валіноміцином виходу іонів K<sup>+</sup> з даних клітин, сумарну кількість цих іонів на 1 млн останніх), з наступним порівнянням їх з нормою та оцінкою діагностики як ефективної. Method of diagnostics of the cytoplasmic membranes structural and functional state of blood cells and hepatocytes of rats on 30 and 60 days of their toxification by 1/10, 1/100 й 1/1000 DL<sub>50</sub> of polyoxypropyleneglycol with 2100 molecular mass and trade name "Laprol" (L-2102), which includes the biochemical indexes investigation namely spontaneous chemiluminescence intensity (SCI), FeCl<sub>3</sub> induced chemiluminescence (FeCl<sub>3</sub>-ICL), luminol-dependent and FeCl<sub>3</sub> induced chemiluminescence (LD FeCl<sub>3</sub>-ICL), serum phosphorescence intensity (PR), cytoplasmic membrane fluidity of erythrocytes and lymphocytes, protein oxidation modification of these cell membranes and i percentage content of phosphatidylethanolamine (PEA), sphingomyelin (SM), phosphatidylinositol (PI), phosphatidylserine (PS), phosphatidylcholine (PC), lysophosphatidylethanolamine (LPEA), lysophosphatidylcholine (LPC) and cardiolipin (CL) in erythrocyte, lymphocyte and hepatocyte membranes and also ionic permeability of erythrocyte membranes (the rate of spontaneous and valinomycin induced K<sup>+</sup> ion output from these cells, the total amount of these ions per 1 mln of rest), with the next comparison with the norm diagnostic efficiency evaluation.



7. Визначають інтенсивність СХЛ, FeCl<sub>3</sub>-ІХЛ і ЛЗ FeCl<sub>3</sub>-ІХЛ сироватки крові щурів на 30 й 60 добу дії на них 1/10, 1/100 й 1/1000 DL<sub>50</sub> Л-2102, інтенсивність ФР сироватки, текучість цитоплазматичних мембран еритроцитів і лімфоцитів, окислювальну модифікацію білків мембран даних клітин на 60 добу впливу 1/10 й 1/100 DL<sub>50</sub> цього ксенобіотика й додатково відсотковий вміст ФЕА, СМ, ФІ, ФС, ФХ, ЛФЕА, ЛФХ і КЛ у мембранах еритроцитів, лімфоцитів і гепатоцитів на 60 добу токсифікації тварин 1/100 DL<sub>50</sub> Л-2102, а також іонну проникність мембран еритроцитів на 60 добу дії на щурів 1/10 й 1/100 DL<sub>50</sub> ксенобіотика, що об'єктивізує наявність порушення складу й властивостей цитоплазматичних мембран, зокрема у разі зниження вмісту ФЕА в 1,58-1,39; 1,75-1,48 та 1,58-1,32 рази, СМ – в 1,50-1,27; 1,65-1,43 та 1,74-1,50 рази, ФС – в 1,75-1,51; 1,40-1,18 та 1,51-1,27 рази й ФІ – в 1,91-1,64; 2,20-1,81 й 2,22-1,77 рази, збільшення рівня ФХ в 1,34-1,46; 1,46-1,64 та 1,50-1,64 рази, ЛФЕА – у 2,88-3,65; 2,30-2,90 і 2,73-3,35 рази, ЛФХ – у 2,45-3,15; 3,10-3,70 і 2,92-3,80 рази й КЛ – в 1,68-1,84; 1,29-1,44 й 1,59-1,77 рази в еритроцитах, лейкоцитах і гепатоцитах відповідно, а також швидкості самовільного (у 10,96-12,63 і 9,74-11,52 рази) та індукованого валіноміцином виходу іонів K<sup>+</sup> з еритроцитів (у 2,34-2,78 та 1,90-2,28 рази) і сумарної кількості даних іонів на 1 млн. останніх (у 4,69-5,31 й 4,07-4,73 рази) під впливом 1/10 й 1/100 DL<sub>50</sub> Л-2102 відповідно.
8. Медичні – збільшення інформативності щодо виявлення порушення як структури, так і функцій цитоплазматичних мембран. Соціальні – більш об'єктивна констатація наявності патологічних і донозологічних станів у людини, зокрема в умовах тривалої субтоксичної дії на неї ксенобіотиків, а тому й своєчасного надання їй відповідної медичної допомоги. Економічні – скорочення фінансових витрат, тому що спосіб не потребує додаткових дефіцитних або дорогих реактивів та обладнання.
9. Реактиви й обладнання для проведення біохемілюмінесцентного й фосфоресцентного дослідження, визначення текучості плазматичних мембран еритроцитів і лімфоцитів, окислювальної модифікації білків мембран останніх, вмісту фракцій фосфоліпідів у мембранах еритроцитів, лімфоцитів і гепатоцитів, а також іонної проникності мембран еритроцитів, лаборант-біохімік, персональний комп'ютер.
10. Оцінка стану цитоплазматичних мембран у клінічній біохімії й фізіології, терапії, профілактичній медицині, токсикології, судовій медицині й лабораторних дослідженнях.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Рубіжне).
15. Жерновая М.С., Вишницька І.А., Жуков В.І., Комаревцева І.О., Наконечна О.А., Андросов Є.Д. (0509716884).

## МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Реєстр. № 170/5/18

1. СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО КУШРУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ПРИ НАДАННІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.
2. НДР «Покращення діагностики та прогнозування ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у хворих при гіпертонічних кризах на догоспітальному етапі».
3. Медицина невідкладних станів та загальна практика – сімейна медицина.
4. 2+,С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 120614. МПК (2017.01) А61К 33/06, А61К 33/06 (2006.01), А61Р 9/00. Спосіб диференційованого купірування гіпертонічних кризів при наданні екстреної медичної допомоги / Голдовський Б.М., Сідь Є.В., Лелюк Д.В.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201705144; заявл. 26.05.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Визначають баланс вегетативної нервової системи та оцінюють домінування парасимпатичного або симпатичного відділу. При домінуванні парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи призначають сублінгвально гіпотензивний препарат антагоніст кальцію (фармадипін). Антагоніст кальцію (фармадипін) діє на парасимпатичну іннервацію серцево-судинної системи та блокує надлишкову активність парасимпатичних впливів на судини та серце, призначення препаратів цього класу є ефективним для купірування вагус-опосередкованих гіпертонічних кризів. При домінуванні симпатичного відділу вегетативної нервової системи внутрішньовенно вводять гіпотензивний препарат β-адреноблокатор (Беталок<sup>®</sup>, метопрололу тартрат). Бета-адреноблокатор безпосередньо діє на симпатичну іннервацію серцево-судинної системи та блокує надлишкову активність симпатичних впливів на судини та серце, їх призначення ефективне для профілактики гіпертонічних кризів адренергічного типу.
8. Клінічна ефективність: удосконалення способу купірування гіпертонічних кризів шляхом диференційованого призначення гіпотензивних препаратів залежно від їх впливу на відділ вегетативної нервової системи та гіпотензивного ефекту. Соціальна ефективність: зменшення кількості рецидивів та ускладнень гіпертонічних кризів. Економічна ефективність: зменшення кількості повторних викликів до хворих з гіпертонічним кризом.
9. Електрокардіографічний комплекс «Кардіолаб» компанії «ХАИ-МЕДИКА».
10. Хворі на артеріальну гіпертензію при наявності гіпертонічного кризу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра медицини невідкладних станів. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 236-72-01.
14. Немає.
15. Голдовський Б.М., Сідь Є.В., Лелюк Д.В. (0504844099).

## **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ПСИХОТЕРАПІЯ**

**Реєстр. № 171/5/18**

1. **МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ЖИТТЄВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ІЗ СТАТУСОМ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА.**
2. НДР «Розробити підходи до медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб молодого віку, що мали статус дитини-інваліда, виходячи із оцінки їх життєвої перспективи», 0117U000279, 2017-2019 рр.
3. Медична психологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Не подавалась.
7. Розроблена модель оцінки життєвої перспективи включає визначення динамічної структури Я як особистості (емоційно-вольової сфера, сензитивності, новоутворення особистості), Я як члена сім'ї (соціальної ситуації розвитку, кола

- відносин, форм спілкування), Я як працівника (провідного типу діяльності, нового виду діяльності), вектору реалізації (особливостей розвитку близькості-генеративності: ідентичності, цінностей, часової перспективи) молодих людей із статусом дитини інваліда у контексті суспільства і культури на основі яких визначаються психологічні фактори, що сприяють інвалідизації молодих осіб.
8. Визначення й корекція життєвої перспективи молодих осіб із статусом дитини-інваліда сприятиме поліпшенню експертно-реабілітаційної діагностики, профілактиці інвалідності та підвищенню якості життя молодих осіб та їх інтеграції у суспільство, це буде оптимізувати використання матеріальних ресурсів щодо відшкодувань та реабілітації інвалідів.
  9. Медичні та практичні психологи, психодіагностичний матеріал для визначення складових життєвої перспективи, кабінет для проведення психодіагностики.
  10. Молоді особи, що мали статус дитини-інваліда, віком від 18 до 29 років.
  11. Наявність психічних розладів та когнітивних порушень.
  12. Немає.
  13. Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України», група психоневрології, психотерапії та медичної психології відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах та психосоматичних розладах. м. Дніпро, пров. Феодосія Макаревського, 1-а.
  14. Немає.
  15. Дроздова І.В., Храмцова В.В. (0977786564), Гончар Ю.О., Колганов І.А.

## МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ

### Реєстр. № 172/5/18

1. **СПОСІБ ДИНАМІЧНОЇ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ПЕРЕБІГУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ ПОРАНЕНЬ КІНЦІВОК.**
2. НДР «Вивчення багатовекторності властивостей лікарського антимікробного препарату декаметоксину® та його лікарських форм», 0115U006000, 2016-2020 рр.
3. Мікробіологія, хірургія, травматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 120240. МПК А61В 10/00. Спосіб динамічної кількісної оцінки перебігу ранового процесу поранень кінцівок / Кондратюк В.М., Ковальчук В.П., Каніковський О.Є., Фомін О.О., Бабій В.Ю., Назарчук О.А., Сукманська Г.Д., Кулик А.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201704320; заявл. 03.05.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб динамічної кількісної оцінки перебігу ранового процесу поранень кінцівок здійснюється шляхом вимірювання площі рани, на якій присутній серозний ексудат, еритема, гнійний ексудат чи сепарація тканин з проведенням бальної оцінки за шкалою ASEPSIS, з додатковим визначенням та додаванням співвідношення відносної кількості нейтрофілів та лімфоцитів периферійної крові і оцінкою перебігу ранового процесу за відповідною формулою  $SE+E+GE+CGT+(BH\%/VLi\%)*10$ , де SE – бальна оцінка площі рани, на якій присутній серозний ексудат, E – бальна оцінка площі рани, на якій присутня еритема, GE - бальна оцінка площі рани, на якій присутній гнійний ексудат, CGT – бальна оцінка площі рани, на якій присутня сепарація глибоких тканин, BH % – відносна кількість сегментоядерних нейтрофілів у периферичній крові у відсотках,

ВЛі % – відносна кількість лімфоцитів у периферичній крові у відсотках, 10 – коефіцієнт для приведення НЛС до цілих значень, і при розповсюдженні серозного ексудату чи еритеми на площі 80 % 5 балів; а при розповсюдженні гнійного ексудату чи сепарації глибоких тканин на площі 80 % – 10 балів; а одержані значення порівнюють з попередніми в динаміці.

8. Застосування способу кількісної динамічної оцінки перебігу ранового процесу поранень кінцівок, має переваги в тому, що передбачає оцінку загосення бойових поранень кінцівок, які включаючи оцінку локального стану ранового ложа у поєднанні з прогностичним показником нейтрофільно-лімфоцитарного співвідношення. Запропонований спосіб дозволяє провести ефективний моніторинг перебігу ранового процесу при бойових пораненнях кінцівок на основі поєднання оцінки локальних та системних проявів запалення, що в свою чергу дає можливість кількісного порівняння, проведення оцінки стану ран в динаміці. Спосіб динамічної кількісної оцінки перебігу ранового процесу поранень кінцівок є точним, технологічно простим та доступним, що обумовлює його широке застосування в хірургічних стаціонарах будь-якого рівня.
9. Набір для проведення.
10. Кількісна динамічна оцінка перебігу ранового процесу поранень кінцівок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 57-03-79.
14. Немає.
15. Кондратюк В.М. (0432570379), Ковальчук В.П., Каніковський О.Є., Фомін О.О., Бабій В.Ю., Назарчук О.А., Сукманська Г.Д., Кулик А.В.

#### **Реєстр. № 173/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ ТА ГНІЙНИХ РАН З ВИКОРИСТАННЯМ ВАК-ТЕРАПІЇ ТА МЕТОДУ ПРОТОЧНО-ПРОМИВНОЇ ІРИГАЦІЇ.**
2. НДР «Дослідження біологічних властивостей мікроорганізмів, віднесених Всесвітньою організацією охорони здоров'я до списку «провідних патогенів», що несуть найбільшу загрозу для здоров'я людини, та розробка засобів боротьби з ними», 0117U006903, 2017-2022 рр.
3. Мікробіологія, хірургія, травматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128658. МПК А61М 27/00, А61В 17/00, А61В 42/00. Спосіб лікування інфікованих та гнійних ран з використанням ВАК-терапії та методу проточно-промивної іригації / Асланян С.А., Верба А.В., Фомін О.О., Фоміна Н.С., Кондратюк В.М., Катюха В.Л., Буркот В.М., Дудар А.О.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201807486; заявл. 04.07.2018; опубл. 25.09.2018. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Спосіб підвищення ефективності і скорочення строків лікування інфікованих та гнійних ран з використанням ВАК-терапії та методу проточно-промивної іригації, який забезпечує зустрічне дренування таких ран шляхом поєднаного застосування проточно-промивної іригації та формуванням ВАК-пов'язки для проведення терапії негативним тиском.
8. Застосування способу лікування інфікованих та гнійних ран шляхом додаткового виконання зустрічного дренування, проведення проточно-промивної іригації в поєднанні з одночасним накладанням ВАК-пристрою (для проведення терапії негативним тиском), через який здійснюється відтік виділень з рани дозволяє більш

ефективно здійснювати евакуацію гнійних виділень та санація рани антисептичними розчинами, сприяють тим самим прискоренню ангіогенезу, підвищенню ефективності та скороченню строків лікування. Спосіб є технологічно простим та доступним, що обумовлює його широке застосування в хірургічних стаціонарах будь-якого рівня.

9. ВАК-пристрій; ВАК-губка; трубка до ВАК-насоса; герметична плівка; поліхлорвінілова дренажна трубка; герметична кліпса.
10. Лікування інфікованих та гнійних ран.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 57-03-79.
14. Немає.
15. Асланян С.А. (0432570379), Верба А.В., Фомін О.О., Фоміна Н.С., Кондратюк В.М., Катюха В.Л., Буркот В.М., Дудар А.О..

### Реєстр. № 174/5/18

1. **ПОЛІМЕРНА КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЇ ДОСТАВКИ ПРОТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН.**
2. НДР «Дослідження біологічних властивостей мікроорганізмів, віднесених Всесвітньою організацією охорони здоров'я до списку «провідних патогенів», що несуть найбільшу загрозу для здоров'я людини, та розробка засобів боротьби з ними», 0117U006903, 2017-2022 рр.
3. Мікробіологія, хірургія, травматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 117415. МПК А61К 31/00, А61Р 31/00, А61L 27/12 (2006.01). Полімерна композиція для локальної доставки протимікробних речовин / Кондратюк В.М., Ковальчук В.П., Хіміч С.Д., Коваленко І.М., Тульчинський Г.В., Бектемірова Р.М., Назарчук О.А., Сідько І.Ю., Буркот В.М.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № а201702579; заявл. 20.03.2017; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Полімерна композиція зі сповільненим виділенням антисептичного препарату, призначена для імплантації в м'які тканини з метою лікування локальних бактеріальних інфекцій м'яких тканин. Полімерна композиція складається з основи (цинк-фосфатний цемент та полімеризатор ортофосфорної кислоти (90 мас%) та біокомпозиту Синтекість БКС 11, в структурі якого рівномірно розповсюджений антисептик декаметоксин.
8. Застосування полімерної протимікробної композиції декаметоксину, цинк-фосфатного цементу, ортофосфорної кислоти, та біокомпозиту Синтекість БКС-11 з широким спектром протимікробної дії, у вигляді попередньо приготовлених бусин, які є депо антимікробних речовин, що поступово вивільняються в процесі контакту з біологічними тканинами. Результат, якого досягають при застосуванні полімерної протимікробної композиції, полягає у створенні системи локальної пролонгованої доставки декаметоксину, яка за рахунок якісного та кількісного складу компонентів має більш високий рівень протимікробної дії та забезпечує високу ефективність, скорочення строків, зниження вартості лікування, профілактики інфекційних ускладнень м'яких тканин. Виготовлення засобу полімерної композиції зі сповільненим виділенням антисептичного препарату декаметоксину є технологічно простим та доступним, що обумовлює його широке застосування.

9. Цинк-фосфатний цемент – 9 г; ортофосфорна кислота – 4,5 г; декаметоксин – 0,1-0,5; біокомпозит Синтекість БКС-11 – 1 г, стерильний посуд.
10. Профілактика та лікування інфекційних гнійно-запальних процесів м'яких тканин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 57-03-79.
14. Немає.
15. Кондратюк В.М. (0432570379), Ковальчук В.П., Хіміч С.Д., Коваленко І.М., Тульчинський Г.В., Бектемірова Р.М., Назарчук О.А., Сідько І.Ю., Буркот В.М.

#### Реєстр. № 175/5/18

1. **ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ХИБНО-ПОЗИТИВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРИ СЕРОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГЕПАТИТУ С У ХВОРИХ ЗА РІЗНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ.**
2. НДР «Обґрунтування теоретичних і практичних основ епідеміологічного контролю парентеральних вірусних гепатитів в Україні», 0113U000077.
3. Вірусологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Викладено необхідність проведення підтверджувальних досліджень при визначенні серологічних маркерів HCV-інфекції методом ІФА з метою уникнення хибно-позитивних результатів тестування.
8. На наявність анти-HCV досліджено сироватки крові різних осіб (n=5523): із хронічною соматичною патологією (n=3830), вагітних (n=936), пацієнтів, які знаходились на програмному гемодіалізі (n=398), хворих із дерматологічною патологією (n=43). Контрольну групу склали первинні донори крові (n=316). Аналіз проведеного дослідження підтвердив результати, що визначення сумарних анти-HCV за допомогою ІФА не гарантує 100-відсоткову точність отриманих результатів з середньою частотою ХПР на рівні 1,5%, котра варіює в залежності від груп пацієнтів. При визначенні серологічних маркерів HCV-інфекції методом ІФА необхідно проводити підтверджувальні дослідження з метою уникнення хибно-позитивних результатів тестування, особливо для осіб, які не належать до груп високого ризику інфікування і обстежуються за клінічними показаннями через наявність будь-якої соматичної патології. Найбільшої уваги на етапі первинного скринінгу на ГС слід приділяти інтерпретації результатів вагітних жінок, пацієнтам із дерматологічною патологією та хворим на програмному гемодіалізі, що зумовлено тим, що частота ХПР серед них вище середньої та складає 1,6, 2,3 та 5,3% випадків відповідно.
9. Біохімічний та імуноферментний аналізатор, тест-системи для первинного серологічного скринінгу на анти-HCV та тест-системи для виявлення антитіл до окремих білків збудника – core, NS3, NS4, NS5, біохімічні реактиви для визначення АЛТ, АСТ і ГГТП та білірубину.
10. Визначити перелік захворювань при яких можна отримати неспецифічні (хибно-позитивні) результати імуноферментного аналізу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний цент профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, лабораторія епідеміології парентеральних вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції.

14. ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України».
15. Беньковська Л.К. (0966050006), e-mail benbkovska@ukr.net, Міщенко О.Ю., Костюкевич О.М., Кравченко А. М., Сергеева Т.А., Рибалко С.Л.

#### **Реєстр. № 176/5/18**

1. **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ІНФІКОВАНОЇ ОПІКОВОЇ РАНИ У ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН.**
2. НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань, викликаних умовно-патогенними мікроорганізмами», 0118U000930, 2017-2019 рр.
3. Мікробіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123558. МПК G09В 23/28, А61N 5/06, А61М 35/00. Спосіб моделювання інфікованої опікової рани у лабораторних тварин / Чернякова Г.М., Мінухін В.В., Вовк О.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201710737; заявл. 06.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Спосіб моделювання інфекції у лабораторних тварин, який включає зараження культурою *P. aeruginosa*. Mode of infection modeling in laboratory animals, which includes infection with *P. aeruginosa* culture.
7. Спосіб моделювання інфекції у лабораторних тварин, який включає зараження культурою *P. aeruginosa* з концентрацією мікробних тіл, який відрізняється тим, що моделювання інфікованої опікової рани ІІІб ступеня у лабораторної тварини здійснюють на попередньо термічно ураженій шкірі за допомогою пристрою для моделювання опікової хвороби, зараження лабораторної тварини збудником інфекції здійснюють шляхом нашкірної інокуляції в зону опіку культури *P. aeruginosa*, яка отримана від хворого з опіками, з концентрацією не менше  $1,5 \cdot 10^8$  КУО/мл, на другу добу вводять аналогічну дозу збудника під опіковий струп, на третю добу під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну опіковий струп видаляють.
8. Медичні – скорочення терміну моделювання інфікованої опікової рани у лабораторних тварин. Соціальні – удосконалення лікування опікової ранової інфекції у людини за рахунок вивчення інфекційного процесу опікової рани у лабораторних тварин. Економічні – скорочення фінансових витрат на моделювання інфікованої опікової рани у лабораторних тварин.
9. Лабораторна тварина, ефір, культура *P. aeruginosa*, пристрій для моделювання опікової хвороби, 0,5% розчин новокаїну, шприц, шпатель, пробірки, скальпель, пінцет, медичний працівник (лаборант).
10. Моделювання інфікованої опікової рани у лабораторних тварин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Мінухін В.В., Чернякова Г.М., Вовк О.О. (0504750215).

#### **Реєстр. № 177/5/18**

1. **АПЛІКАЦІЙНИЙ СОРБЦІЙНИЙ ЗАСІБ.**

2. НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування гнійно-запальних захворювань, викликаних умовно-патогенними мікроорганізмами», 0118U000930, 2017-2019 рр.
3. Мікробіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 117179. МПК А61К 31/722, А61К 31/28, А61К 33/38, А61М 35/00, А61Р 17/02, А61Р 31/00, В01J 20/10. Аплікаційний сорбційний засіб / Чернякова Г.М., Мінухін В.В., Воронін Є.П., Носач Л.В., Вовк О.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201612020; заявл. 28.11.2016; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Аплікаційний сорбційний засіб для лікування ранових інфекцій, що містить носій, який являє собою високодисперсний діоксид кремнію, на поверхні якого іммобілізовано комбіновану протимікробну суміш, що містить левофлоксацин, хлорофіліпт, нітрат срібла, олію кукурудзи, хітозан. The application sorption preparation for the treatment of wound infections containing a highly dispersed silica dioxide with immobilized levofloxacin, chlorophyllipt, silver nitrate, corn oil and chitosan.
7. Аплікаційний сорбційний засіб для лікування ранових інфекцій містить нанокремнезем, на поверхні якого іммобілізовано комбіновану протимікробну суміш, що включає левофлоксацин, хлорофіліпт, олію кукурудзи, нітрат срібла та хітозан, при наступному співвідношенні компонентів, мас. %: нанокремнезем 66,0-66,05; левофлоксацин 0,05-0,1; хлорофіліпт 0,6; олія кукурудзи 29,0; нітрат срібла 0,6; хітозан 3,7.
8. Медичні – покращення терапевтичної ефективності при лікуванні та профілактиці ранових інфекцій та скорочення терміну лікування. Соціальні – покращення якості життя у хворих з рановою інфекцією. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування ранової інфекції.
9. Нанокремнезем, левофлоксацин, хлорофіліпт, нітрат срібла, олія кукурудзи, хітозан, шпатель, ваги, медичний працівник (медсестра).
10. Ранова інфекція.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Мінухін В.В., Чернякова Г.М., Воронін Є.П., Носач Л.В., Вовк О.О. (0504750215).

## НАРКОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

### Реєстр. № 178/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.
2. НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи», 0115U002764, 2015-2019 рр.
3. Психіатрія.
4. 3,Д.
5. Патент України на корисну модель № 117822. МПК (2017.01) А61К 31/00, А61Р 25/00. Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку / Юрценюк О.С., Ротар С.С.; заявник та патентовласник ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700599; заявл. 23.01.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.



6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку шляхом використання медикаментозних та не медикаментозних засобів: призначають призначають небензодіазепіновий анксиолітик мебікар в дозі 300 мг тричі на добу протягом 1 місяця та паралельно раціональну, когнітивно-біхевіоральну, сімейну, сугестивну психотерапію та аутогенне тренування. Психотерапія як метод неінвазивного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при сполученні з фармакотерапією основного захворювання, є найприйнятнішим та найефективнішим методом. Головними принципами побудови психотерапевтичного комплексу при депресивних розладах стали: добровільність, усвідомленість, адекватність, допустимість, доцільність, гуманність психотерапевтичного впливу, системність впливу, етапність психотерапевтичних заходів, комплексність. В якості проти тривожного препарату використовують небензодіазепіновий анксиолітик мебікар, діючою речовиною якого є 2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабіцикло-(3,3,0) октандіон-3,7, який має помірну транквілізуючу (анксиолітичну) активність, знімає або послаблює відчуття тривоги, напруженості, занепокоєння та роздратування. Транквілізуючий ефект препарату не супроводжується міорелаксацією та порушенням координації рухів. Не має снодійного ефекту, але посилює дію снодійних засобів та нормалізує перебіг сну, якщо він порушений. Завдяки цим властивостям препарат виявляє дію «денного» транквілізатора та селективного анксиолітика. Мебікар полегшує або купірує нікотинову абстиненцію. Препарат має антиоксидантні та нормастенічні властивості. Хворому призначають анксиолітик мебікар в дозі 300 мг тричі на добу протягом 1 місяця та паралельно проводять раціональну, когнітивно-біхевіоральну, сімейну і сугестивну психотерапію та аутогенне тренування.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з тривожними розладами у осіб молодого віку, попередження розвитку ускладнень, зменшення середнього терміну лікування хворого. Медична ефективність: Використання запропонованого лікування покращило редукцію тривожних розладів у осіб молодого віку у 2,2 рази ( $P_mA > P_mB$  в 2,2 рази), що отримало об'єктивне підтвердження за допомогою стандартизованої шкали Цунга, тесту Спілбергера-Ханіна, опитувальника міні-мульти та шкали нейротизму. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я осіб молодого віку за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти тривожних розладів, внаслідок впровадження комплексних лікувальних стратегій. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з тривожними розладами шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування різних видів психотерапії).
9. Експериментально-психологічні методики: шкала Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-21), тест Спілбергера-Ханіна.
10. Тривожні розлади.
11. Супутні психотичні психічні розлади в стадії загострення.
12. Алергічні реакції та будь-які інші негативні явища не спостерігались у динаміці проведеного лікування, що досягалось індивідуальним підбором дози препарату.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Юрценюк О.С. (0501562465), Ротар С.С. (0501661601).

**Реєстр. № 179/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.**
2. НДР «Удосконалення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів з непсихотичними психічними розладами з урахуванням стану нервової системи», 0115U002764, 2015-2019 рр.
3. Психіатрія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 117817. МПК (2006.01) А61К 9/22, А61К 31/135, А61Р 25/24. Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку /Юрценюк О.С.; заявник та патентовласник ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700599; заявл. 23.01.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку шляхом використання медикаментозних та не медикаментозних засобів: призначають антидепресант золофт в дозі 50 мг щоранку впродовж 6 місяців та анксиолітик мебікар в дозі 300 мг 3 рази на добу впродовж 3-4 тижнів, паралельно застосовують раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування. Психотерапія як метод неінвазійного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при сполученні з фармакотерапією основного захворювання, є найприйнятнішим та найефективнішим методом. Головними принципами побудови психотерапевтичного комплексу при депресивних розладах стали: добровільність, усвідомленість, адекватність, допустимість, доцільність, гуманність психотерапевтичного впливу, системність впливу, етапність психотерапевтичних заходів, комплексність. В якості антидепресанта використовують препарат золофт, діючою речовиною якого являється сертраліну гідрохлорид, який є селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну. Хворому призначають антидепресант золофт в дозі 50 мг щоранку впродовж 6 місяців та анксиолітик мебікар в дозі 300 мг 3 рази на добу впродовж 3-4 тижнів, паралельно застосовують раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з депресивними розладами у осіб молодого віку, попередження розвитку ускладнень, зменшення середнього терміну лікування хворого. Медична ефективність: Використання запропонованого лікування покращило редукцію депресивних розладів у особи молодого віку у 2,2 рази ( $P_mA > P_mB$  в 2,2 рази), що отримало об'єктивне підтвердження за допомогою стандартизованої шкали Цунга, тесту Спілбергера-Ханіна, опитувальника міні-мульти та шкали нейротизму. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я осіб молодого віку за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти депресивних розладів, внаслідок впровадження комплексних лікувальних стратегій. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з депресивними розладами шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування різних видів психотерапії).
9. Експериментально-психологічні методики: шкала Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-21), тест Спілбергера-Ханіна.
10. Депресивні розлади.
11. Супутні психотичні психічні розлади в стадії загострення.
12. Алергічні реакції та будь-які інші негативні явища не спостерігались у динаміці проведеного лікування, що досягалось індивідуальним підбором дози препарату.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.

14. Немає.
15. Юрценюк О.С. (0501562465).

**Реєстр. № 180/5/18**

1. **МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм надання первинної медичної допомоги в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини», 0117U000450, 2017-2019 рр.
3. Сімейна медицина, психіатрія, наркологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Технологічна пропозиція (ТП), її відомості: Назва ТП: «Медична допомога хворим з соматичною патологією, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини». Короткий (анотаційний) і детальний опис технології чи процесу, що пропонується. Наукове повідомлення відноситься до сфери сімейної медицини, психіатрії та наркології. Пропонується комплекс спеціальних клініко-анамнестичних, психодіагностичних, клініко-психопатологічних методів обстеження осіб, які вживають психоактивні речовини і мають соматичну патологію різного профілю: легеневу, серцево-судинну, шлунково-кишкову. Розроблено також критерії надання медичної допомоги пацієнтам з коморбідною патологією – вживання психоактивних речовин та соматогенії в практиці сімейної медицини. Які інноваційні риси. Використання розробленого комплексу діагностики і лікування пацієнтів з коморбідною патологією дає можливість сімейним лікарям виявляти на ранніх етапах захворювання пацієнтів з даною патологією, надавати їм фахову медичну допомогу, що в цілому має суттєву профілактичну роль в вирішенні проблеми вживання психоактивних речовин серед населення. Яку вигоду ці особливості нададуть тим, хто буде застосовувати цю технологію. Запропонований діагностично-лікувальний комплекс для обстеження хворих в практиці сімейної медицини дає значну перевагу сімейним лікарям в порівнянні з наркологами і психіатрами у виявленні вживання психоактивних речовин на ранніх етапах серед загальнополіклінічного контингенту осіб з відповідною соматичною патологією. Ключові технологічні слова, що описують технологію: сімейна медицина, психоактивні речовини, коморбідна патологія, медична допомога. Поточна стадія розвитку технології. Науково-дослідна робота, проміжний етап. Області її ринкових застосувань. Заклади охорони здоров'я. Інформація про статус прав інтелектуальної власності на технологію. Охоронні документи відсутні. Повинні бути чітко визначені цілі потенційного партнерства і тип бажаної угоди. Випробування нових застосувань. Короткі відомості про осіб, що пропонують ТП. Табачников С.І. – д-р.мед.наук, професор, в.о. директора ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»; Харченко Є.М. – д-р.мед.наук, професор, г.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»; Осуховська О.С. – д-р.мед.наук, п.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»; Мажбіц В.Б. – к.мед.н., с.н.с. відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»; Чепурна А.М. – н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»; Салдень В.І. – аспірант відділу психіатрії станів залежності ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України» (тел. (044) 468-32-15).
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери сімейної медицини, психіатрії і наркології та дозволяє ефективно надавати медико-соціальну допомогу особам, які вживають ПАР та звертаються до сімейного лікаря.

8. Удосконалення системи охорони здоров'я за рахунок науково-методичного забезпечення фахівців у галузі сімейної медицини комплексом діагностики і лікування для осіб, які вживають ПАР дозволить не лише своєчасно виявляти осіб, які вживають ПАР, а й значно покращить якість надання медико-соціальної допомоги даному контингенту хворих, дозволить зменшити витрати на спеціалізовану наркологічну допомогу таким пацієнтам.
9. Відповідна кваліфікація спеціалістів, діагностично-лікувальний комплекс для надання медичної допомоги хворим, які вживають психоактивні речовини в закладах первинної медико-санітарної допомоги.
10. Особи, які вживають ПАР та звертаються за допомогою до сімейного лікаря.
11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
12. Не спостерігалось.
13. Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України». 04080, м. Київ-80, вул. Кирилівська, 103; тел./факс (044) 468-32-15; e-mail: undisspn@ukr.net.
14. Немає.
15. Табачников С.І. (0444683215), Харченко Є.М., Осуховська О.С., Мажбіц В.Б., Чепурна А.М., Салдень В.І.

#### **Реєстр. № 181/5/18**

1. **МЕТОДИКА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАЦІОНАРНОЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ КОРОТКОФОКУСНОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Коморбідні фактори патоморфозу при психічних розладах», 0114U000109, 2014-2018 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в профільні медичні заклади.
7. Пропонується клінічне натуралістичне дослідження з використанням методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС) з метою оцінки ефективності стаціонарної індивідуальної короткофокусної психодинамічної психотерапії, на основі змін у патернах стосунків пацієнтів після завершення психотерапевтичного лікування та їхніх кореляцій із клінічним та суб'єктивним покращенням стану пацієнтів. Психопатологічну симптоматику оцінювали двічі – до початку та після завершення психотерапії за допомогою опитувальника 8СБ-90, а суб'єктивне покращення стану – за опитувальником змін у переживаннях і поведінці – УЕУ-ієбі. Усі пацієнти (N=51) на початку психотерапії взяли участь у напівструктурованому інтерв'ю, у якому розповіли 10 конкретних епізодів стосунків з однією важливою для них людиною. Після завершення курсу психотерапії покращення у стосунках пацієнтів достовірно корелювало із позитивною динамікою психопатологічної симптоматики невротичних та межових розладів.
8. Валідний та високо достовірний метод оцінки результатів психотерапії, що відповідає стандартам доказової медицини та може застосовуватися у клінічній практиці для оцінки ефективності психотерапевтичного лікування, простий у використанні.
9. Метод центральної теми конфліктних стосунків, психотерапія, опитувальник 8СБ-90.
10. Оцінка ефективності психотерапевтичного лікування.
11. Немає.
12. Не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Лизак О.Л., Фільц О.О. (0322646573).

### Реєстр. № 182/5/18

1. **ПОХОДЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО АСОЦІЙОВАНІ ЗІ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ В КОМБАТАНТІВ.**
2. НДР «Удосконалення діагностики, лікування та реабілітації комбатантів із тривожно-депресивними розладами та алкогольною залежністю на основі розробки та використання алгоритмів виявлення їх причин, закономірностей формування, особливостей клінічної структури і соціально-психологічних дезадаптуючих факторів».
3. Психіатрія.
4. 1+,В.
5. Немає.
6. Встановлення причин, предикторів, закономірностей формування, клінічної структури та причинно-наслідкових відносин тривожних і депресивних розладів (ТДР), зловживання алкоголем зі шкідливими наслідками (ВАШН) та алкогольної залежності (АЗ) сприяє вдосконаленню діагностики та диференційної діагностики, оптимізації комплексної системи лікування, медико-соціальної реабілітації комбатантів (військовослужбовці, які прийняли безпосередню участь у бойових діях).
7. Розвиток цих розладів обумовлений формуванням так званого хибного кола, за якого психогенно травмуючі події, а саме наявна або пережита в минулому військова ситуація, стала мотивом до зловживання алкоголем, що послужило першопричиною виникнення ТДР або зумовило загострення вже існуючої психогенної, ендогенної чи цереброорганічної афективної патології. Вказане коло у пацієнтів із АЗ включає також соматичну складову (пов'язані з алкоголізацією внутрішні захворювання) та негативні соціальні наслідки (порушення сімейних і виробничих стосунків, інколи асоціальна поведінка тощо). Предикторами розвитку ТДР у цих осіб є також наявність виразної особистісної акцентуації за типами застрягання, збудливості, гіпертимності та циклотимності. За походженням ТДР, що асоційовані зі зловживанням алкоголем, є поліморфною групою станів, які мають різний клінічний прогноз. Інтегральним фактором серед причин негативного прогнозу в таких хворих є неблагополучна особистісна адаптація пацієнта до тверезого образу життя, що призводить до проявів невротичної тривоги та депресії (згідно критеріїв МКХ-10: F43.20; F43.21), а в подальшому й до змішаних розладів емоцій та поведінки (F43.25) та інших порушень. Причино-наслідкові взаємини вказаних афективних розладів і алкогольної патології в обстежених хворих є різноманітними: 1) Загострення ендогенної депресивної патології (в рамках біполярного афективного розладу – F31.3; депресивного епізоду – F32; рекурентного депресивного розладу – F33.0 і F33.1), що є первинною та розвинулася до вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (F10.1) або синдрому алкогольної залежності (F10.2) – у 11% хворих. Серед клінічних різновидів депресивної симптоматики в них відмічається простий і тривожно-депресивний варіанти – у 4 та 3% хворих, відповідно. У 4% пацієнтів виявляються складні синдроми – депресивно-обсесивний та депресивно-деперсоналізаційний. 2) Депресивний розлад органічного генезу, зумовлений алкогольною інтоксикацією

- (F06.32) – у 22% пацієнтів. Ці афективні порушення не є синдромально самостійними, окремими феноменами, а являються структурною складовою основних синдромів алкогольної залежності. Їх виникнення пов'язано з органічним ураженням головного мозку, яке сформувалося як внаслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на ЦНС, так і завдяки іншим механізмам дизметаболического характеру за рахунок наявної соматичної патології, що спричинена хронічною алкогольною інтоксикацією. Клінічна картина таких депресій значною мірою відповідає варіантам психоорганічного (енцефалопатичного) синдрому. При цьому нерідко депресія проявляється в рамках патологічного потягу до алкоголю як його афективний компонент. Серед клінічних її варіантів у таких пацієнтів спостерігається астено-адинамічна симптоматика – 9% осіб, дисфорична – 9% та апатичні прояви – 4% хворих. Органічні депресивні розлади виявляються із застосуванням таких нейровізуалізаційних і нейрофізіологічних методик, як магнітно-резонансна томографія, ультразвукове доплерографічне дослідження судин головного мозку та ший, комп'ютерна електроенцефалографія, реоенцефалографія.
3. Інші розлади настрою (депресивні – F38), так звані змішані – 66% осіб. Вони формуються на ґрунті токсичної енцефалопатії під впливом реактивно-невротичних механізмів та характеризувалися найбільшим поліморфізмом та атипією психопатологічної симптоматики. Астено-депресивна симптоматика відмічається у 11% з цих пацієнтів, тривожно-депресивна – у 13%, депресивно-іпохондрична – у 43% хворих. Спільною характеристикою таких депресивних розладів є надмірна емоційна лабільність, дратівливість, схильність до афективних спалахів. До причин їх виникнення, прогресуючого розвитку та рецидивів зловживання алкоголем слід віднести також цілу низку провокуючих мікросоціальних ситуацій, що описані вище, вони стають психотравматичними на тлі виснаженої психічної діяльності, що зумовлено психоорганічними змінами. Усі ці розлади проявлялися в рамках наступних діагностичних рубрик: а) біполярний афективний розлад (F31.3), депресивний епізод ( F32) рекурентний депресивний розлад (F33.0 і F33.1) – 11% пацієнтів; депресивний розлад органічного генезу, що зумовлений алкогольною інтоксикацією (F06.32) – у 22%; інші розлади настрою (депресивні – F38) – 66% хворих. б) У 45% таких комбатантів діагностується алкогольна хвороба печінки (K70), алкогольна кардіоміопатія (I42.6) – у 37%, хронічний панкреатит алкогольної етіології – у 12% осіб (K86.0).
8. Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок впровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами: персоніфікація лікувально-діагностичного та реабілітаційного комплексу в сумі з використанням розроблених авторами принципів надання даному контингенту населення за даними співвиконавців дослідження дає наступні переваги – соціальна – підвищення якості життя хворих на 48%; зниження їх суїцидальної активності на 98% та зменшення ймовірності асоціальної поведінки; медична – зменшення перебування пацієнтів на стаціонарних ліжках в середньому на 11-14%, збільшення кількості осіб, які досягли одужання на 17%, стійкої ремісії – на 64%; економічна: оптимізація витрат коштів, які спрямовані на надання медичної допомоги хворим.
  9. Додаткових ресурсів не потребує.
  10. Тривога та депресія різного походження, синдром алкогольної залежності та вживання алкоголю зі шкідливими наслідками в комбатантів.
  11. Немає.
  12. Не спостерігалось.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології.
  14. Немає.

15. Напрєєнко О.К. (0674163169), Логановський К.М., Напрєєнко Н.Ю., Логановська Т.К.

### Реєстр. № 183/5/18

1. **ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ, ЯКІ БРАЛИ БЕЗПОСЕРЕДНЮ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ.**
2. НДР «Удосконалення діагностики, лікування та реабілітації комбатантів із тривожно-депресивними розладами та алкогольною залежністю на основі розробки та використання алгоритмів виявлення їх причин, закономірностей формування, особливостей клінічної структури і соціально-психологічних дезадаптуючих факторів».
3. Психіатрія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Притримання науково обґрунтованих принципів організації психіатричної допомоги комбатантам із психічними, в тому числі тривожними та депресивними розладами сприяє вдосконаленню профілактиці психічних розладів, їх ранньої діагностики, оптимізації комплексної системи лікування, та медико-соціальної реабілітації комбатантів (військовослужбовці, які взяли безпосередню участь у бойових діях).
7. Пропонуються до широкого впровадження наступні основні її принципи: 1) жорсткий професійний відбір спеціального контингенту (військових, службовців із інших силових структур, робітників служби порятунку та ін.) на предмет стабільності їх психічної діяльності, стійкості особистості, стресостійкості та морально-етичної підготовленості до екстремальних ситуацій; 2) психогігієнічна та психопрофілактична (у тому числі психоосвітня) робота із цим контингентом щодо факторів ризику, пов'язаних із зловживанням алкоголем та іншими психоактивними речовинами в екстремальних ситуаціях; 3) здійснення адекватної відповідної інформаційної політики у ЗМІ; 4) максимальне наближення психолого-психіатричної допомоги до театру бойових дій; 5) для цього формуються психолого-психіатричні бригади із особливими повноваженнями, які тісно взаємодіють із штабом АТО, волонтерами, представниками місцевої влади, медичними (в тому числі психіатричними) закладами на місцях; 6) ці бригади здійснюють постійний активний моніторинг психічного стану комбатантів з метою попередження панічних настроїв, виявлення індукторів паніки та психологічної роботи з ними, раннього виявлення пацієнтів із розладами психіки і поведінки, їх евакуації; 7) створення мережі кризових і психореабілітаційних центрів, а також єдиного міжвідомчого психолого-психіатричного простору з метою послідовності надання допомоги постраждалим у військових і цивільних медичних і психологічних підрозділах; 8) створення науково-практичних підрозділів для екстреної психолого-психіатричної, психотерапевтичної (психосоматичної) та психореабілітаційної допомоги в багатопрофільних лікарнях та НДІ; 9) активне залучення до надання вказаних вище видів допомоги релігійних, громадських, волонтерських організацій та локальних співтовариств.
8. Науково обґрунтована уніфікація основних принципів організації психіатричної допомоги усуне численні відповідні розбіжності та неузгодженості, що існують в різних відомствах та установах, які допомагають комбатантам, що в сумі з отриманих авторами даних про предиктори, закономірності формування, клінічну структуру та причинно-наслідкових відносин психічних розладів дає за підрахунками співвиконавців НДР наступні переваги – соціальна – підвищення

якості життя хворих на 48%; зниження їх суїцидальної активності на 98% та зменшення ймовірності асоціальної поведінки; медична - зменшення перебування пацієнтів на стаціонарних ліжках в середньому на 11-14%, збільшення кількості осіб, які досягли одужання на 17%, стійкої ремісії – на 64%; економічна: оптимізація витрат коштів, які спрямовані на надання медичної допомоги хворим.

9. Додаткових ресурсів не потребує.
10. Тривога та депресія різного походження, синдром алкогольної залежності та вживання алкоголю зі шкідливими наслідками в комбатантів.
11. Немає.
12. Не спостерігалось.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. кафедра психіатрії та наркології.
14. Немає.
15. Напрєєнко О.К. (0674163169), Логановський К.М., Напрєєнко Н.Ю., Логановська Т.К.

### Реєстр. № 184/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.**
2. НДР «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм», 0115U000238, 2015-2017 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122821. МПК А61К 35/00, А61К 33/00, А61Р 25/18. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію / Кожина Г.М., Зеленська К.О., Кришталь О.О., Хмаїн С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201708350; заявл. 14.08.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію, який включає психофармакотерапію препаратами із групи нейролептиків пролонгованої дії та психотерапію за стандартом. The method of complex treatment of patients with schizophrenia, that includes psychopharmacotherapy with long-acting antipsychotics and standard psychotherapy.
7. Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію, який включає психофармакотерапію шляхом призначення атипічного антипсихотика кветіапіну пролонгованої дії 1 раз на добу мінімум за 1 годину до вживання їжі: перший день 300 мг/добу, другий день 600 мг/добу (рекомендована доза), максимальна доза 800 мг/добу, додатково проводять арт-терапевтичні сеанси 2 рази на тиждень по 1,5 години протягом 1,5 місяців в 2 послідовні етапи: основний (інтенсивний) – на стаціонарному етапі лікування і підтримуючий – на амбулаторному (позалікарняному). Курс роботи в рамках основного блоку складає 1 місяць, підтримуючого – 3 тижні. Психоосвітні заняття проводяться у закритих групах, у кількості учасників від 6 до 10-15 осіб. Кожен цикл психоосвіти складається з 10-12 занять, тривалістю 1,5-2,0 години з частотою 1-2 рази на тиждень. Для вирішення задачі ми пропонуємо інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка включає в себе використання різноманітних інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій (інформаційні тренінги, тренінги позитивного самосприйняття, тренінги поліпшення комплаєнсу, тренінги формування комунікативних вмінь і навичок, тренінги вирішення проблем міжособистісної взаємодії), проблемно-орієнтованих дискусій, а також сімейну психотерапію.



8. Медична ефективність – оптимізація комплексного лікування пацієнтів на шизофренію в стаціонарній і амбулаторній практиці, скорочення госпітального етапу. Соціальна ефективність – покращення соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію та їх родин. Економічна ефективність – зниження затрат на перебування хворих на шизофренію у стаціонарі та частоти рецидивів, загалом економія складе 40-45 гривень за кожен койко-день перебування у лікарні.
9. Лікарській засіб – атипічний антипсихотик кветіапін пролонгованої дії, різноманітні малювальні матеріали для проведення арт-терапевтичних сесій.
10. Шизофренія.
11. Немає.
12. Підвищена чутливість до атипічного антипсихотику кветіапіну.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Зеленська К.О. (0506324711), Кришталь О.О., Хмаін С.

## НЕВРОЛОГІЯ

### Реєстр. № 185/5/18

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ТА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ ГІПЕРТОНІЧНОГО ТА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Розробка та удосконалення методів профілактики ускладнень артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця із супутніми захворюваннями у державних службовців», 0114U002119.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Застосовування шкали оцінки когнітивних функцій MMSE та шкали «депресія, тривога, стрес» DASS-21 при первинному огляді у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією гіпертонічного та атеросклеротичного генезу, на амбулаторно-поліклінічному етапі, довела, що артеріальна гіпертензія є достовірним чинником, який погіршує показники когнітивних функцій, а саме: загальний показник когнітивної продуктивності, орієнтації та пам'яті за рахунок зростання показників тривоги та депресії.
8. Рання об'єктивізація когнітивних та емоційно-вольових змін на рівні первинної ланки (сімейний лікар), для уточнення діагнозу, стадії захворювання та подальшої оптимізації лікування.
9. Використовували шкали оцінки когнітивних функцій MMSE та «депресія, тривога, стрес» DASS-21.
10. Дисциркуляторна енцефалопатія.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Коваленко О.Є., Кравченко А.М. (0677019227), e-mail: dmkravchenko1955@yahoo.com, Литвин О.В., e-mail: litvinolena1970@gmail.com.

## Реєстр. № 186/5/18

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
- НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи та обміну речовин», 0115U007142, 2015-2019 рр.
- Неврологія.
- 2++,С.
- Патент України на корисну модель № 109616. МПК А61К 38/00. Спосіб лікування атеротромботичного ішемічного інсульту / Михалойко О.Я. – № u201602780; заявл. 21.03.2016; опубл. 25.08.2016. Бюл. № 16.
- Немає.
- Спосіб лікування атеротромботичного ішемічного інсульту включає традиційну терапію з додаванням нейропротектора та антигіпоксанта. З першого дня захворювання, як нейропротектор використовують Церебралізін 10 мл на 200 мл ізотонічного розчину NaCl внутрішньовенно краплинно протягом 10-12 днів, а ,як антигіпоксанти – Тівортін 100 мл довенно краплинно протягом 10-12 днів.
- Зниження термінів перебування хворих на стаціонарному лікуванні, зменшення вираженості неврологічного дефіциту.
- Препарат Тівортін у розчині для інфузій, препарат Церебралізін у дозуванні 10 мл, розчин натрію хлориду 0,9% 200 мл.
- Гострий ішемічний атеротромботичний інсульт.
- Підвищена чутливість до препаратів та їх компонентів. Епілепсія. Тяжкі порушення функції нирок, гіперхлоремічний ацидоз; застосування калійзберігаючих діуретиків, а також спіронолактону.
- Алергічні реакції, припинення введення препарату та введення антигістамінних препаратів.
- ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра неврології та нейрохірургії.
- Немає.
- Михалойко О.Я. (0978905551), Михалойко І.Я.

## Реєстр. № 187/5/18

- ПРОГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ В ДІАГНОСТИЦІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО І СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗІ ЗМІНАМИ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У БІЙЦІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (АТО).**
- НДР «Фактори ризику, особливості клінічної картини та наслідки ураження нервової системи різного генезу», 0115U000052, 2015-2019 рр.
- Неврологія.
- 2+,С.
- Немає.
- Впроваджено в медичні заклади неврологічного профілю.
- Вивчення взаємозв'язку порушень метаболізму головного мозку при черепно-мозковій травмі (ЧМТ) легкого і середнього ступеня тяжкості у бійців АТО зі змінами функції печінки шляхом визначення вмісту міді (Cu) в сироватці крові, активності амінотрансфераз (АсАТ і АлАТ) та ферменту церулоплазміну. Згідно з даними дослідження доведено, що із зростанням рівня Cu в сироватці крові різко знижується вміст церулоплазміну.
- Наявність порушень гомеостазу при ЧМТ з виявленням дефіциту або надлишку мікроелементів в сироватці крові та ролі церулоплазміну в метаболічних процесах дають можливість ранньої діагностики ЧМТ при функціональних порушеннях

- печінки у бійців АТО, що дасть можливість забезпечити нові складові схеми комплексної терапії.
9. Прогностичні маркери, хімічний аналіз сироватки крові.
  10. Хворі з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) легкого і середнього ступеня тяжкості.
  11. Немає.
  12. Не передбачається.
  13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, кафедра неврології і нейрохірургії ФПДО.
  14. Немає.
  15. Шевага В.М., Семчишин М.Г., Задорожна Б.В, Задорожний А.М. (0322587388).

### Реєстр. № 188/5/18

1. **ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ З МЕТОЮ ПРОГНОЗУВАННЯ ДИНАМІКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ МОЗКУ.**
2. НДР «Діагностика, лікування, проведення реабілітаційних заходів з використанням методів рефлексотерапії при захворюваннях нервової системи», 0117U006506, 2018-2023 рр.
3. Неврологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126332. МПК А61В 5/00. Спосіб оцінки стану вегетативної нервової системи з метою прогнозування динаміки прогресування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів з хронічною ішемією мозку / Жгільова Н.О.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201801452; заявл. 14.02.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Пропонується удосконалити оцінку стану вегетативної нервової системи з метою прогнозування динаміки прогресування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів з хронічною ішемією мозку, включає проведення ряду стандартних діагностичних процедур, таких як електрокардіографічне дослідження серця, ультразвукова доплерографія інтракраніальних судин, дуплексне сканування магістральних артерій голови. Додатково використовують тести, шкали та опитувальники: тест-опитувальник суб'єктивної оцінки вегетативного статусу самим пацієнтом і тест-опитувальник суб'єктивної оцінки вегетативного статусу лікарем, опитування за експрес тестом «24 стигми» за таблицею Вейна - анкета «Дослідження вегетативного тону», визначають вегетативний індекс Кердо і Хільдебранда для оцінки діяльності вегетативної нервової системи, проводять дослідження вегетативної реактивності за допомогою впливу на рефлекторні зони: око-серцевий рефлекс (Даньїні-Ашнера), синокаротидний рефлекс (Чермака, Герінга), солярний рефлекс (Тома, Ру), та ортокліностатичну пробу.
8. Однією з найбільших переваг, що будуть отримані внаслідок упровадження наукової продукції, порівняно з наявними – це вдосконалення аналізу стану вегетативної нервової системи з метою прогнозу динаміки прогресування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів з хронічною ішемією мозку за рахунок використання більш інформативнішого комплексу діагностики вегетативної нервової системи, який у кардіоневрологічних хворих дозволить виявити зрушення

у роботі вегетативної нервової системи на ранніх стадіях захворювання, що важливо для її своєчасної й оптимальної корекції.

9. Лікар-спеціаліст за спеціальністю «Неврологія», тести, проведення проб та використання шкал для дослідження вегетативної нервової системи, апарат ультразвукового дослідження магістральних судин голови та шиї, апарат ехокардіографічного дослідження серця.
10. Хронічна ішемія мозку у хворих з хронічною серцевою недостатністю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Свиридова Н.К., Чуприна Г.М., Жгільова Н.О.

#### Реєстр. № 189/5/18

1. **ДІАГНОСТИКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ НА ТЛІ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ.**
2. НДР «Діагностика, лікування, проведення реабілітаційних заходів з використанням методів рефлексотерапії при захворюваннях нервової системи», 0117U006506, 2018-2023 рр.
3. Нервові хвороби.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128100. МПК А61В 5/029 (2006.01), А61В 5/12 (2006.01), А61В 5/0476 (2006.01). Діагностика стану вегетативної нервової системи в хворих на хронічну ішемію мозку на тлі стенокардії напруги / Інгула Н. І., Свиридова Н. К., Чуприна Г. М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201807110; заявл. 25.06.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Пропонується застосування інструментальних методів дослідження: варіабельності серцевого ритму та викликаного шкірного вегетативного потенціалу у хворих на хронічну ішемію мозку на тлі стенокардії напруги, для оцінки показників стану вегетативної нервової системи з подальшим аналізом співвідношення тону су симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи.
8. Спосіб діагностики стану вегетативної нервової системи в хворих на хронічну ішемію мозку на тлі стенокардії напруги, що пропонується розробниками, забезпечить збільшення точності оцінки дисбалансу вегетативної нервової системи в хворих на хронічну ішемію мозку на тлі стенокардії напруги і, відповідно, допоможе скласти оптимальну прогностичну, лікувальну та реабілітаційну програму для таких хворих. Дані методи забезпечують надійність отриманих результатів, візуалізацію одержуваної інформації та результатів її аналізу, точність статистичної обробки даних.
9. Лікар-спеціаліст за спеціальністю «Нервові хвороби», неврологічний молоточок, тести-опитувальники, тонометер, фонендоскоп, секундомір, апарат холтерівського моніторингу ЕКГ, електронейроміограф.
10. Хронічна ішемія мозку, артеріальна гіпертензія, вегетативна дисфункція, стенокардія напруги, тривога, депресія.
11. Вади серця, виражена деменція, онкологічні захворювання, порушення згортувальної функції крові, цукровий діабет, гострий інсульт.
12. Немає.

13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Інгула Н.І., Свиридова Н.К., Чуприна Г.М.

#### Реєстр. № 190/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ВИРАЖЕНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ МОЗКОВОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Клініко-патогенетична характеристика та фактори ризику гострого ішемічного інсульту залежно від часу виникнення: особливості діагностики, лікування та прогнозу», 0114U006316, 2014-2017 рр.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113617. МПК А61В 5/00, G01L 1/0. Спосіб оцінки вираженості соціальних факторів ризику мозкового ішемічного інсульту / Волосовець А.О., Зозуля І.С.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201607185; заявл. 02.07.2016; опубл. 10.02.2017. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Для визначення ризику розвитку мозкового ішемічного інсульту використовують шкалу соціального ризику інсульту, де представлено вираженість у пацієнта 7 соціальних факторів ризику цереброваскулярної ішемії, а саме порушення сну, стресогенність оточення, надмірна нічна активність, довготривала робота з моніторами, знижена фізична активність, погане та нерегулярне харчування, шкідливі звички (алкоголь, паління), позначаючи найвищий ступінь ознаки 3 балами, повну відсутність – 0 балів, кількість балів додають і при сумі балів від 21 до 16 судять про високий соціальний ризик інсульту, від 15 до 10 – про помірний ризик, від 9 до 5 – про незначний та при показнику шкали нижче 4 балів – про мінімальний соціальний ризик виникнення інсульту. Знижену фізичну активність оцінюють за допомогою інструментальної динамометрії та антропометричного дослідження окружності талії.
8. Виявлення групи ризику для первинного та повторного інсульту, забезпечення індивідуалізованої профілактики інсульту.
9. Анкета зі шкалою оцінки соціального ризику інсульту, динамометр, сантиметр-стрічка для антропометричного дослідження окружності талії.
10. Пацієнти в гострому періоді інсульту для оцінки ризику повторного ішемічного інсульту.
11. Немає.
12. Протипоказань до проведення методу немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Зозуля І.С. (0445186211), Волосовець А.О., Зозуля А.І.

#### Реєстр. № 191/5/18

1. **СПОСІБ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ МОЗКОВОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Клініко-патогенетична характеристика та фактори ризику гострого ішемічного інсульту залежно від часу виникнення: особливості діагностики, лікування та прогнозу», 0114U006316, 2014-2017 рр.

3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121323. МПК А61К 31/00, А61Р 9/10. Спосіб вторинної профілактики мозкового ішемічного інсульту / Зозуля І.С., Волосовець А.О.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201707325; заявл. 11.07.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Модифікація медикаментозного амбулаторного лікування пацієнта з перенесеним ішемічним інсультом після виписки зі стаціонару з додатковим призначенням препарату фолієвої кислоти в дозі 1 мг на основі даних генетичного тестування щодо наявності мутації генів фолатної системи.
8. Зменшення ризику виникнення повторного ішемічного мозкового інсульту залежно від генетичних факторів пацієнта.
9. Генетичне тестування у вигляді забору венозної крові та виявлення характеру мутації гену MTHFR C677T (CC, CT або TT варіанти) і у групі з мутацією TT, яка має найвищий рівень ризику гіпергомоцистеїнемії, до стандартної схеми медикаментозної профілактики (еналаприл 20 мг 2 р/д, аспірин 100 мг 1 р/д та розувастатин 20 мг 1 р/д) додатково призначається препарат фолієвої кислоти (вітамін В9) в дозі 1 мг.
10. Пацієнти з перенесеним ішемічним інсультом для профілактики виникнення повторного ішемічного інсульту.
11. Немає.
12. Протипоказанням може бути непереносимість або гіперчутливість до вітаміну В9.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Зозуля І.С. (0445186211), Волосовець А.О., Зозуля А.І.

#### Реєстр. № 192/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАЯВНОСТІ СПОНДІЛОГЕННОЇ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ У СЕГМЕНТІ V3.**
2. НДР «Диференційований підхід до лікування вегетативної дисфункції при міофасціальних больових синдромах шийно-плечової локалізації», 0114U000513, 2013-2018 рр.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування наявності спонділогенної компресії хребтової артерії в сегменті V3 базується на вимірюванні величини краніовертебрального кута (КВК), утвореного перетином ліній, проведених через вершину козелка вуха і остистий відросток 7 шийного хребця за допомогою фотограметричного методу (в нормі становить 55-60°). Зменшення величини краніовертебрального кута нижче зазначених величин свідчить про порушення статичного стереотипу шийного регіону – зміщення вперед регіонарного центру ваги з формуванням переднього положення голови, яке зумовлює компресію атланта-потиличного зчленування і підвищує ризик виникнення компресійної патології у верхньо-шийному відділі хребта. Зменшення величини КВК <40° є прогностичним критерієм наявності у пацієнта спонділогенної компресії хребтової артерії в сегменті V3.

8. Спосіб прогнозування спонділогенної компресії хребтової артерії в сегменті V3 не потребує спеціального медичного обладнання, може використовуватись в амбулаторній практиці лікарів-невропатологів і мануальних терапевтів у якості скринінгового дослідження, яке дозволяє прогнозувати наявність у пацієнтів зі зміщенням регіонарного центру ваги на шийному рівні вперед і формуванням переднього положення голови спонділогенної компресії хребтової артерії в сегменті V3.
9. Фотоапарат зі штативом, персональний комп'ютер, транспортир.
10. Належить до медицини, а саме до неврології та мануальної терапії, для прогнозування наявності у пацієнтів спонділогенної компресії хребтової артерії в сегменті V3.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Харківський національний медичний університет МОЗ України.
15. Морозова О.Г. (0506693665), Ярошевський О.А., Логвіненко Г.В.

#### Реєстр. № 193/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОСТУРАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСУ ШИЙНОГО РЕГІОНУ – ПЕРЕДНЬОГО ПОЛОЖЕННЯ ГОЛОВИ.**
2. НДР «Диференційований підхід до лікування вегетативної дисфункції при міофасціальних больових синдромах шийно-плечової локалізації», 0114U000513, 2013-2018 рр.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Зміщення регіонального центру ваги в шийному відділі хребта вперед призводить до формування переднього положення голови, перевантаження м'язів-екстензорів голови з розвитком в них міофасціальних тригерних точок, обмеження рухливості в області краніоцеребрального і цервікоторакального переходів та формування гіпермобільності середньошийних сегментів. Спосіб діагностики переднього положення голови полягає в вимірюванні величини краниовертебрального кута, який при нейтральному положенні голови складає від 55 до 60°, за допомогою фотограмметричного методу. Для цього з відстані 1 м фотоапаратом, закріпленим на штативі, фотографують профіль пацієнта, що перебуває в положенні стоячи. Перед цим вершину козелка пацієнта і проекцію його 7 шийного хребця позначають на шкірі маркером, що змивається. Знімки обробляють в графічному редакторі Paint, проводячи дві лінії: одну – через вершину козелка, другу – через остистий відросток 7 шийного хребця. Величину кута, утвореного перетином цих ліній (краниовертебральний кут-КВК), вимірюють за допомогою транспортира. При КВК <55 ° діагностують зміщення регіонального центру ваги в шийному відділі хребта вперед і формування біомеханічного порушення – переднього положення голови.
8. Спосіб діагностики постуральної дисфункції шийного регіону – переднього положення голови дозволяє розширити діагностичний арсенал мануальних терапевтів і невропатологів по діагностиці поширеного біомеханічного порушення – переднього положення голови, об'єктивізувати ступінь його виразності, а також – контролювати динаміку на тлі терапії. Спосіб не потребує спеціального медичного обладнання та може застосовуватись в амбулаторній практиці.

9. Фотоапарат зі штативом, маркер, що змивається, персональний комп'ютер, транспортир.
10. Діагностика і об'єктивізація виразності постурального дисбалансу шийного регіону – переднього положення голови.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Харківський національний медичний університет МОЗ України.
15. Морозова О.Г. (0506693665), Ярошевський О.А., Логвіненко Г.В.

## **НЕФРОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 194/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ХХН V Д СТ. ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ.**
2. НДР «Обґрунтувати наукові підходи до визначення складових реабілітаційного потенціалу у хворих на хронічну хворобу нирок I-V Д, Т», 0116U001421, 2016-2018 рр.
3. Нефрологія.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування розвитку тромботичних ускладнень за допомогою визначення біохімічних маркерів: розчинного фібрину, Д-димеру, протеїну С з наступною побудовою математичної моделі з використанням апарату дискримінантного аналізу.
8. Підвищення ефективності прогнозування тромбофілій, оптимізація лабораторно-біохімічного обстеження, профілактика тромботичних ускладнень та покращення реабілітаційного потенціалу. Медичний та соціально-економічний ефекти обумовлені підвищенням рівня прогнозування тромботичних ускладнень, оптимізацією лікувальної та реабілітаційної тактики.
9. Аналізатор імуноферментний, набори для ІФА (розчинний фібрин та Д-димер), спектрофотометр, активатори протеїну С, центрифуга лабораторна, автоматичні дозатори, наконечники для дозаторів, штативи, пробірки Еппендорфа, морозильна камера (-20°C).
10. Хворі хронічною хворобою нирок V Д ст., які лікуються програмним гемодіалізом.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Сторожук О.Б., Селезньова І.Б., Сторожук Л.О., Довгалюк Т.В., Сторожук Б.Г. (0503133302).

### **Реєстр. № 195/5/18**



1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З I-III СТАДІЄЮ ХХН.**
2. НДР «Удосконалити та розробити методи лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок», 0114U002216, 2014-2018 рр.
3. Нефрологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 124884. МПК G01N 33/50. Спосіб оцінки прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з I-III стадією ХХН./ Савицька Л.М.; заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201711166; заявл. 15.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. На даний момент згідно з рекомендаціями, запропонованими експертною групою KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), для комбінованої оцінки ризику ниркових наслідків та інших ускладнень використовуються критерії розрахункової швидкості клубочкової фільтрації та рівня альбумінурії. Спосіб оцінки прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з I-III стадією ХХН, що заявляється, пропонує додаткове визначення зміни концентрації сечової кислоти сироватки крові на фоні водно-сольового навантаження 0,5% розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла. Спосіб здійснюють наступним чином. Пацієнтам з хронічною хворобою нирок вранці натще проводиться забір венозної крові для визначення базового рівня сечової кислоти сироватки крові. Пацієнт перорально приймає 0,5% розчин натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла протягом 5-7 хвилин. Далі пацієнт перебуває у стані спокою в сидячому положенні протягом однієї години. По завершенню однієї години відбувається повторний забір венозної крові для визначення концентрації сечової кислоти в сироватці крові. За зміною показника сечової кислоти сироватки крові до та після водно-сольового навантаження можна робити висновок про темп прогресування хронічної хвороби нирок. Збільшення рівня сечової кислоти сироватки крові, відсутність зміни її концентрації, або ж незначне зниження до 5 ммоль/л асоціюється з більш швидким зниженням ШКФ протягом року у порівнянні із групою пацієнтів у яких сечова кислота знизилась більше ніж на 5 ммоль/л на фоні водно-сольового навантаження.
8. Дана методика прогнозування прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з I-III стадією захворювання дає лікарю можливість диференційованого підходу до ренопротекції у пацієнтів з метою максимального збереження функції нирок і можливості відтермінування настання термінальної стадії захворювання, що потребуватиме нирково-замісної терапії. Медична ефективність: покращення якості діагностики та виявлення пацієнтів групи високого ризику щодо прогресування хронічної хвороби нирок, можливість використання диференційованих підходів ренопротекції. Соціальна ефективність: зниження частоти ускладнень у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, що пов'язані з прогресуванням захворювання. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат як на лікування пацієнтів, так і у зв'язку із втратою працездатності як результат використання диференційованих підходів ренопротекції.
9. 0,5% розчин натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла пацієнта.
10. Показанням до застосування даної методики у пацієнтів з хронічною хворобою нирок I-III стадії є оцінка індивідуального ризику прогресування захворювання.
11. Тяжкий загальний стан пацієнта, порушення свідомості, гостре ушкодження нирок, анурія, важка неконтрольована артеріальна гіпертензія, шок, гостра серцева недостатність, важка дихальна недостатність, виражений набряковий синдром.
12. Для запобігання можливих помилок при використанні даної методики необхідно зважити пацієнта безпосередньо в день обстеження, чітко дотримуватися дозування

- 0,5 % розчину натрію хлориду із розрахунку 0,5% від маси тіла, використовувати систему маркування зразків крові для уникнення підміни зразків.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Савицька Л.М.

#### Реєстр. № 196/5/18

1. **СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ КАРДІОРЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТА ПІДВИЩЕННЯ ПЕРЕНОСИМОСТІ ПРОЦЕДУРИ ПРОГРАМНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ.**
2. НДР «Удосконалити та розробити методи лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок», 0114U002216, 2014-2018 рр.
3. Нефрологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 118925. МПК А61В 5/0205 (2006.01). Спосіб зменшення кардіореспіраторних ускладнень та підвищення переносимості програмного гемодіалізу / Лисянська О.Ю.; заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. – № u201704201; заявл. 27.04.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл.№ 16.
6. Немає.
7. Пацієнти на хронічну хворобу нирок 5 Д стадії, що проходять лікування програмним гемодіалізом, мають багато факторів для розвитку хронічної гіпоксемії, яка обумовлена респіраторною, серцево-судинною недостатністю, анемією, наслідками уремії та навантаження самої процедури гемодіалізу. Внаслідок чого знижується сатурація крові, яка посилює розвиток ускладнень з боку кардіореспіраторної, нервової системи и призводить до зменшення переносимості процедури гемодіалізу. Відомий спосіб лікування ускладнень в гемодіалітичних відділеннях – це медикаментозна корекція симптомів, які виникають під час проведення ПГ. Однак даний спосіб не спрямований на профілактику ускладнень, його завдання – корекція симптомів, які виникають у пацієнтів під час ПГ. Спосіб зменшення кардіореспіраторних ускладнень та підвищення переносимості процедури програмного гемодіалізу, що включає використання комплексного стандартного медикаментозного лікування серцево-судинних ускладнень, який відрізняється тим, що додатково застосовують інгаляційну кисневу терапію зволуженим 93% киснем через носові канюлі, з контролем вмісту оксигемоглобіну в периферійній артеріальній крові пульсоксиметром за схемою: при інтрадіалітичній SpO<sub>2</sub> 95-98% –інсуфляція зволуженим 93% киснем подається зі швидкістю 3 л/хв.; при SpO<sub>2</sub> 95-98% 90-94% – 4 л/хв., 93%; при SpO<sub>2</sub> 95-98% < 90% – 5л/хв., 93%.
8. Дана методика зменшення кардіореспіраторних ускладнень та підвищення переносимості процедури гемодіалізу покращує ефективність діагностики хворих з хронічною хворобою нирок VД стадії на замісній нирковій терапії методом гемодіалізу. Медична ефективність: покращення результатів діагностики, виявлення факторів ризику ускладнень, що дозволяє призначити вчасне лікування. Соціальна ефективність: покращення якості життя у хворих на амбулаторному хронічному гемодіалізі, зниження частоти ускладнень, що потребує пошук нових методів лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на медикаментозне лікування пацієнтів та профілактика розвитку кардіоваскулярних ускладнень.
9. Оксигенотерапія, пульсоксиметр.

10. Всім хворим з хронічною хворобою нирок на програмному гемодіалізі з гіпоксемією та хворим для покращення переносимості процедури гемодіалізу.
11. Легенева кровотеча.
12. Щоб запобігти можливих помилок при використанні даного методу виявлення ризиків ускладнень необхідно дотримуватися чіткості (чітке маркування дослідницьких зразків пацієнтів) та послідовності виконання.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9, тел. (044) 205-48-33.
14. Немає.
15. Лисянська О.Ю.

#### Реєстр. № 197/5/18

1. **СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК 5 СТАДІЇ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ.**
2. НДР «Удосконалити та розробити методи лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок», 0114U002216, 2014-2018 рр.
3. Нефрологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 120215. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб виявлення факторів ризику ускладнень у пацієнтів на хронічну хворобу нирок 5 стадії на програмному гемодіалізі / Лисянська О.Ю.; заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. – № u201704198; заявл. 27.04.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Особливість виявлення факторів серцево-судинних ризиків у гемодіалітичних пацієнтів обумовлена перш за все коморбідністю, тяжкістю захворювання, нівелювання або атипічністю клінічних проявів. Спосіб, що дозволить виявити фактори (предиктори) розвитку ускладнень у хворих на хронічну хворобу нирок 5 стадії на програмному гемодіалізі здійснюється таким чином: всім гемодіалітичним пацієнтам на хронічну хворобу нирок оцінюють функціональні порушення з боку респіраторної системи: форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ 1), співвідношення ОФВ1/ФЖЕЛ за допомогою спірометра, інтрадіалітичне моніторування артеріального тиску та SpO<sub>2</sub> пульсоксиметром. Враховуються показники: артеріальний тиск більш 160/100 мм рт.ст., або коливання більш ніж 20% під час проведення всього сеансу гемодіалізу, та SpO<sub>2</sub> <94 % під час діалізу.
8. Даний спосіб виявлення факторів ризику ускладнень у пацієнтів, що страждають на хронічну хворобу нирок 5 стадії, на програмному гемодіалізі дає можливість підвищувати ефективність діагностики та призначення адекватної терапії хворим з хронічною хворобою нирок на замісній нирковій терапії методом гемодіалізу. Медична ефективність: покращення результатів діагностики, виявлення факторів ризику ускладнень, що дозволяє призначити вчасне лікування. Соціальна ефективність: покращення якості життя у хворих на амбулаторному хронічному гемодіалізі, зниження частоти ускладнень, що потребує пошук нових методів лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування пацієнтів таких, як збільшення частоти проведення гемодіалізу, продовження часу сеансу гемодіалізу та використання розхідних матеріалів.
9. Спірометр, пульсоксиметр, тонометр.
10. Всім хворим з хронічною хворобою нирок на програмному гемодіалізі.
11. Порушення свідомості, легенева кровотеча.

12. Щоб запобігти можливих помилок при використанні даного методу виявлення ризиків ускладнень необхідно дотримуватися чіткості (чітке маркування дослідницьких зразків пацієнтів) та послідовності виконання.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9, тел. (044) 205-48-33.
14. Немає.
15. Лисянська О.Ю.

## **ОНКОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 198/5/18**

1. **СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ НЕОПЛАСТИЧНИХ КЛІТИН У СПИННО-МОЗКОВІЙ РІДИНІ.**
2. НДР «Цитоморфологічна та імуноцитохімічна характеристика лейкозів у післячорнобильський період», 0114U004390, 2015-2017 рр.
3. Онкологія, діагностична онкогематологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124850. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб ідентифікації неопластичних клітин у спинномозковій рідині / Глузман Д.Ф., Склярєнко Л.М., Іванівська Т.С., Завелевич М.П., Коваль С.В., Поліщук А.С., Швидка М.С.; заявник і патентовласник: Інститут експериментальної патології, онкології ім. Р.С. Кавецького НАН України. – № u201710912; заявл. 08.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Виявлення невеликої кількості клітин в спинномозковій рідині та ідентифікація їхньої природи важливі для діагностики патології центральної нервової системи, включаючи первинні пухлини та метастатичні ураження. Використання запропонованого способу дає змогу підвищити рівень діагностики первинних новоутворень і метастатичних уражень ЦНС і може бути використаний для диференційної діагностики, раннього виявлення рецидивів, оцінки ефективності терапії.
8. Перевагою способу є отримання препаратів із застосуванням цитоцентрифування, завдяки чому досягається добре розпластування клітин на предметних скельцях і розширюються можливості для вивчення деталей їхньої структури та застосування додаткових гістогенетичних маркерів, імуноцитохімічне визначення тканино-специфічних антигенів за допомогою моноклональних антитіл.
9. Цитоцентрифуга, пробірки, підготовлені скельця.
10. Хворі із підозрою на метастатичне ураження ЦНС, хворі з онкогематологічними захворюваннями.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Немає.
15. Глузман Д.Ф. (0442579053), Склярєнко Л.М., Іванівська Т.С., Завелевич М.П., Коваль С.В., Поліщук А.С., Швидка М.С.

### **Реєстр. № 199/5/18**

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВІВ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Роль лактоферину в ініціації та перебігу найбільш розповсюджених гормонозалежних злоякісних новоутворень», 0115U005381, 2016-2018 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ризику розвитку рецидивів раку передміхурової залози у перший рік після радикальної простатектомії за допомогою аналізу рівня експресії лактоферину в пухлинній тканині та плазмі крові хворих. Низькі показники експресії ЛФ (<10 % клітин) в пухлинній тканині та його рівень в плазмі крові (<200 нг/мл) при індексі Глісона >7 свідчать про високий (95%) ризик розвитку рецидиву в перший рік після хірургічного лікування.
8. Забезпечення високоточного прогнозу клінічного перебігу пухлинного процесу хворих на рак передміхурової залози для виявлення хворих з високою ймовірністю розвитку рецидиву в перший рік після проведення хірургічного лікування, що дозволяє проводити своєчасну корекцію лікувальної тактики.
9. Імуноферментний аналізатор, світлооптичний мікроскоп, реактиви для імуногістохімічного дослідження та набори для імуноферментного аналізу.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Національний інститут раку МОЗ України. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Задворний Т.В., Лозовська Ю.В., Шепеленко І.В., Вітрук Ю.В., Стаховський Е.О.

#### **Реєстр. № 200/5/18**

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БАЗАЛЬНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДТИПУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Роль лактоферину в ініціації та перебігу найбільш розповсюджених гормонозалежних злоякісних новоутворень», 0115U005381, 2016-2018 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 133945. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб визначення прогнозу клінічного перебігу базального молекулярного підтипу раку молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Налескіна Л.А., Яловенко Т.М., Шепеленко І.В., Сторчай Д.М., Кунська Л.М. Ключов О.М.; заявник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України. – № u201811814; заявл. 30.11.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб визначення прогнозу клінічного перебігу базального молекулярного підтипу раку молочної залози шляхом дослідження у пухлинних клітинах рівнів експресії лактоферину, рецепторів адгезії CD44 та Е-кадгерину, а також антигену проліферації Ki-67. Якщо рівень експресії ЛФ у пухлинних клітинах перевищує 250 балів, експресія маркерів адгезії – CD44 більше 250 балів, а Е-кадгерину менше 100 балів, рівня експресії Ki-67 більше 200 балів, то прогнозують агресивний перебіг захворювання, і безрецидивна виживаність цих хворих не досягає 5 років.

8. Забезпечення оптимально високоточного прогнозу перебігу базального молекулярного підтипу раку молочної залози за рахунок об'єктивної інформації щодо біологічних властивостей пухлини, що надає можливість своєчасно проводити корекцію лікувальної тактики.
9. Світлооптичний мікроскоп, реактиви для імуногістохімічного дослідження.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Налескіна Л.А., Яловенко Т.М., Шепеленко І.В., Сторчай Д.М., Кунська Л.М., Ключов О.М.

#### Реєстр. № 201/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Роль лактоферину в ініціації та перебігу найбільш розповсюджених гормонозалежних злоякісних новоутворень», 0115U005381, 2016-2018 рр.
3. Онкологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 127149. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування клінічного перебігу пухлинного процесу у хворих на рак молочної залози / Лук'янова Н.Ю., Чехун В.Ф., Налескіна Л.А., Сторчай Д.М., Собченко С.О., Шепеленко І.В., Кунська Л.М.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201710879; заявл. 07.11.2017; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування клінічного перебігу пухлинного процесу у хворих на рак молочної залози за верифікованого патогістологічного діагнозу полягає в тому, що у пухлинних клітинах визначають рівні експресії лактоферину (ЛФ), рецепторів естрогенів (ER) та антигену Ki-67. При значеннях рівнів експресії ЛФ більше 100 балів, ER більше 10% та Ki-67 менше 10% передбачають сприятливий прогноз захворювання, а при значеннях рівнів експресії ЛФ менше 100 балів, ER менше 10% або при відсутності експресії ER та експресії Ki-67 більше 20% прогнозують агресивний перебіг пухлинного процесу.
8. Забезпечення високоточного прогнозу клінічного перебігу пухлинного процесу хворих на рак молочної залози сприятиме можливості своєчасної корекції лікувальної тактики.
9. Світлооптичний мікроскоп, реактиви для імуногістохімічного дослідження.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
15. Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Чехун В.Ф., Налескіна Л.А., Сторчай Д.М., Собченко С.О., Шепеленко І.В., Кунська Л.М., Ключов О.М.

### Реєстр. № 202/5/18

1. **ПАСПОРТ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РАДІОЧУТЛИВОСТІ ЛЮДИНИ ЗА ЦИТОГЕНЕТИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ.**
2. НДР «Радіобіологічне обґрунтування первинної індивідуальної профілактики радіаційно-асоційованого раку», 0117U006899, 2017-2018 рр.
3. Онкологія, медична радіологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонований паспорт індивідуальної радіочутливості полягає у визначенні радіочутливості організму професіоналів до опромінення із залученням цитогенетичних G<sub>0</sub>- та G<sub>2</sub>-тестів. Доведено, що підвищений спонтанний рівень хромосомних перебудов (G<sub>0</sub>-тест) відображає високу індивідуальну радіочутливість і вказує на ризик виникнення радіаційно-асоційованого раку та, відповідно, на необхідність персоналізованого призначення заходів первинної профілактики.
8. Можливість дослідити нові прогностичні радіобіологічні фактори та, за необхідності, призначити засоби первинної профілактики професіоналам, що працюють у сфері дії іонізуючих випромінювань.
9. Лікар-цитогенетик; мікроскоп, ламінарний бокс, термостат, реагенти і матеріали для культивування лімфоцитів периферичної крові та отримання цитогенетичних препаратів.
10. Професіонали, що працюють у сфері дії іонізуючих випромінювань.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Немає.
15. Дьоміна Е.А. (0442590183), Дружина М.О.

### Реєстр. № 203/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробка панелі маркерів для диференційної діагностики та прогнозу перебігу раку простати»; 0117U006624, 2017-2018 рр.
3. Онкологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Для прогнозу перебігу захворювання у пацієнтів з пухлинами простати до початку лікування та в інтеркурентний період в периферичній крові або сечі визначають рівні поліамінів та активність рибонуклеаз. При зниженні в крові (або сечі) у хворих на рак простати рівня сперміну, зростанні рівня N<sup>1</sup>,N<sup>12</sup>-днацетил-сперміну та зниженні активності рибонуклеаз в цитозолі еритроцитів в інтеркурентний період після хірургічного видалення пухлини прогнозують рецидив хвороби.
8. Дозволить вирішити проблему обмеженої чутливості та специфічності ПСА тесту, удосконалити якість диференційної діагностики пухлин простати, сприятиме індивідуалізації лікування і підвищенню його ефективності та поліпшить якість життя пацієнтів.
9. Рідинний хроматограф, прилад для електрофорезу або набори для імуноферментного аналізу ELISA.
10. Хворі на злоякісні та доброякісні пухлини передміхурової залози.

11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Національний інститут раку МОЗ України. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
15. Залеток С.П. (0442599195), Шляховенко В.О., Кленов О.О., Бентрад В.В., Гоголь С.В., Орловський О.А., Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В.

#### **Реєстр. № 204/5/18**

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕБІГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробка панелі маркерів для диференційної діагностики та прогнозу перебігу раку простати», 0117U006624, 2017-2018 рр.
3. Онкологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Для диференційної діагностики захворювання у пацієнтів з пухлинами простати до початку лікування та в інтеркурентний період в периферичній крові або сечі визначають рівні поліамінів. Зниження рівня сперміну в крові нижче порогового рівня (<8 нмоль/мл) або в сечі (<3 нг/мкмоль креатиніну) та поява N<sup>1</sup>,N<sup>12</sup>-діацетил-сперміну в крові чи сечі хворих з пухлинами простати свідчить про злякисність пухлини.
8. Дозволить вирішити проблему обмеженої чутливості та специфічності ПСА тесту, удосконалити якість диференційної діагностики пухлин простати, сприятиме індивідуалізації лікування і підвищенню його ефективності та поліпшить якість життя пацієнтів.
9. Рідинний хроматограф або набори для імуноферментного аналізу ELISA.
10. Хворі на злякисні та доброякісні пухлини передміхурової залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Національний інститут раку МОЗ України, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
15. Залеток С.П. (0442599195), Шляховенко В.О., Кленов О.О., Бентрад В.В., Гоголь С.В., Орловський О.А., Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В.

#### **Реєстр. № 205/5/18**

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ЗЛЯКИСНОСТІ ПУХЛИН У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Визначення пухлинно-асоційованих мікроРНК як предиктивних позапухлинних маркерів раку молочної залози», 0110U005770, 2015-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 111510. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб визначення ступеня злякисності пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Чехун СВ., Борікун Т.В., Ключов О.М., Собченко С.О.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201605437; заявл. 19.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.



6. Немає.
7. Спосіб визначення ступеня злоякісності пухлин у хворих на рак молочної залози з верифікованим діагнозом. Перед проведенням комплексного лікування у хворих визначають рівні мікроРНК-21 та мікроРНК-let-7d в пухлинній тканині у порівнянні з нормальною тканиною молочної залози. У випадку підвищення рівня мікроРНК-21 та зниження рівня мікроРНК- let-7d у пухлинній тканині роблять висновок про високий ступінь злоякісності пухлини.
8. Можливість визначення ступеня злоякісності пухлин для удосконалення якості прогнозування раку молочної залози та підбору індивідуалізованого лікування.
9. ПЛР-аналізатор, кіти для визначення рівня експресії мікроРНК.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Шепеленко І.В., Чехун С.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Собченко С.О.

#### **Реєстр. № 206/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВІВ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Визначення пухлинно-асоційованих мікроРНК як предиктивних позапухлинних маркерів раку молочної залози», 0110U005770, 2015-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 112212. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201605434, заявл. 19.05.2016; опубл. 12.12.2016. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози, при якому порівнюють рівні мікроРНК-149, мікроРНК-20b і мікроРНК-133a в нормальній та пухлинній тканині молочної залози. Зниження рівнів мікроРНК-149 (у 2 і більше раз), мікроРНК-20b (у 1,9 і більше раз), мікроРНК-133a (у 3 і більше раз) свідчить за високий ризик розвитку рецидивів у 5-річний термін.
8. Можливість під час лікування первинної пухлини виявлення хворих з високою ймовірністю розвитку рецидиву для проведення персоналізованої корекції схем лікування.
9. ПЛР-аналізатор, кіти для визначення рівня експресії мікроРНК.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.

15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф.

**Реєстр. № 207/5/18**

- СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ МЕТАСТАЗУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
- НДР «Визначення пухлинно-асоційованих мікроРНК як предиктивних позапухлинних маркерів раку молочної залози», 0110U005770, 2015-2019 рр.
- Онкологія.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 111914. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування метастазування у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Демаш Д.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201605434, заявл. 19.05.2016; опубл. 25.11.2016. Бюл. № 22.
- Немає.
- Спосіб прогнозування метастазування у хворих на рак молочної залози з верифікованим діагнозом, у якому перед проведенням комплексного лікування у сироватці крові хворих визначають рівні мікроРНК-34а та мікроРНК-155. При рівнях мікроРНК-34а вище 2,5 ум. од. та мікроРНК-155 вище 0,9 ум. од. роблять висновок щодо наявності метастазів.
- Можливість неінвазивного виявлення наявності метастазів у хворих на рак молочної залози для вибору адекватних схем лікування і покращення прогнозу перебігу захворювання.
- ПЛР-аналізатор, кіти для визначення рівня експресії мікроРНК.
- Хворі на рак молочної залози.
- Немає.
- Немає.
- Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
- Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
- Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Шепеленко І.В., Демаш Д.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф.

**Реєстр. № 208/5/18**

- СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ БАЗАЛЬНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДТИПУ ПУХЛИН У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
- НДР «Визначення пухлинно-асоційованих мікроРНК як предиктивних позапухлинних маркерів раку молочної залози», 0110U005770, 2015-2019 рр.
- Онкологія.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 111915. МПК А61N 5/00, G01N 33/50 (2006.01). Спосіб визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Чехун С.В., Демаш Д.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Ключов О.М., Базась В.М., Собченко С.О.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201605436, заявл. 19.05.2016; опубл. 25.11.2016. Бюл. № 22.

6. Немає.
7. Спосіб визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози з верифікованим діагнозом включає визначення рівнів мікроРНК-182 та мікроРНК-122 у сироватці крові хворих на РМЗ, і у випадку високого рівня мікроРНК-182 (>7 ум. од.) і низького рівня мікроРНК-21 (<1 ум. од.) роблять висновок про базальний підтип пухлини молочної залози.
8. Можливість неінвазивного визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози для вибору оптимальної схеми терапії.
9. ПЛР-аналізатор, кіти для визначення рівня експресії мікроРНК.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
14. Київський міський клінічний онкологічний центр, 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Чехун С.В., Демаш Д.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Ключов О.М., Базась В.М., Собченко С.О.

#### **Реєстр. № 209/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО НЕОАД'ЮВАНТНОЇ АНТРАЦИКЛІНВІСНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Визначення пухлинно-асоційованих мікроРНК як предиктивних позапухлинних маркерів раку молочної залози», 0110U005770, 2015-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115111. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування чутливості до неоад'ювантної антрациклінвісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Ключов О.М., Базась В.М., Анікусько М.Ф.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. – № u201605438, заявл. 19.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. У хворих на рак молочної залози з верифікованим діагнозом перед початком неоад'ювантної антрациклінвісної хіміотерапії та перед кожним наступним її курсом визначають у сироватці крові рівні мікроРНК-125b, мікроРНК-205 і мікроРНК-122. Зниження рівнів мікроРНК-125b, мікроРНК-205 і підвищення рівня мікроРНК-122 вказує на надвисоку чутливість пухлини молочної залози до неоад'ювантної антрациклінвісної хіміотерапії, а підвищення рівнів мікроРНК-125b, мікроРНК-205 і зниження рівня мікроРНК-122 – на її резистентність.
8. Удосконалення підбору тактики лікування на засадах його індивідуалізації, що дозволить підвищити ефективність лікування, збільшити тривалість життя хворих та покращити якість їх життя.
9. ПЛР-аналізатор, кіти для визначення рівня експресії мікроРНК.
10. Хворі на рак молочної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.

14. Київський міський клінічний онкологічний центр. 03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Ключов О.М., Базась В.М., Анікусько М.Ф.

#### Реєстр. № 210/5/18

1. **МЕТОДИКА РАДІОНУКЛІДНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЙОДОНЕГАТИВНИХ МЕТАСТАЗІВ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ.**
2. НДР «Розробити радіонуклідний моніторинг та створити діагностичний алгоритм для виявлення рецидивів і метастазів у хворих з йод-негативними формами диференційованого раку щитовидної залози», 0117U000408, 2017-2019 рр.
3. Онкологія, радіологія – променева терапія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120335. МПК А61В 6/00. Спосіб радіонуклідної діагностики йодонегативних метастазів диференційованого раку щитоподібної залози в лімфатичні вузли / Джужа Д.О., Саган Д.Л.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201704990; заявл. 23.05.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Оцінка результатів комплексного сцинтиграфічного дослідження з радіофармпрепаратом  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом, відрізняється тим, що після внутрішньовенного болюсного введення  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетату активністю 300-400МБк виявляють ділянки гіперфіксації радіофармпрепарату в області шиї та середостіння в тканинну фазу дослідження і в разі гіперваскуляризації ділянок в агіографічну фазу діагностують наявність йодонегативних метастазів.
8. Підвищення ефективності діагностики, скорочення часу виконання дослідження та зниження його вартості.
9. Гамма камера, радіо фармпрепарат  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом.
10. Хворі на диференційований рак щитоподібної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Джужа Д.О., Саган Д.Л. (0442590225).

#### Реєстр. № 211/5/18

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ.**
2. НДР «Розробити методи хіміопроменевого лікування хворих на вторинний (метастатичний) рак вагіни з використанням різних джерел випромінювання», 0117U000406, 2017-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120419. МПК А61N 5/00. Спосіб лікування хворих на злоякісні новоутворення верхніх дихальних шляхів / Іванкова В.С., Скоморохова Т.В., Столярова О.Ю., Галяс Г.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201705968; заявл. 15.08.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.

7. До початку лікування усім хворим виконують індивідуальну 3D топометричну підготовку в три етапи: комп'ютерна томографія, фіксує маски, оконтурювання осередку та критичних органів на плануючій системі, розрахунок доз опромінення на 3D плануючій системі, а опромінення проводять на лінійному прискорювачі електронів.
8. Можливість підведення більшої дози до осередку, зменшення впливу на оточуючі здорові тканини і зниження променевої реакції та уникнення променевих ускладнень, покращання безпосередніх і віддалених результатів лікування хворих та поліпшення якості життя.
9. Лінійний прискорювач електронів Clinac 2100 CD, Рокус АМ, тератрон.
10. Хворі на злоякісні новоутворення верхніх дихальних шляхів.
11. Пухлина у стадії розпаду, значні анемія та лейкопенія, загальний некомпенсований стан хворого.
12. Лейкопенія, мукозит, орінгофарингіт.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Іванкова В.С., Скоморохова Т.В., Столярова О.Ю., Галяс Г.В. (0442590195).

#### Реєстр. № 212/5/18

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА НЕХОДЖКІНСЬКУ ПЕРВИННУ МЕДІАСТИНАЛЬНУ В-ВЕЛИКОКЛІННУ ЛІМФОМУ.**
2. НДР «Удосконалити лікування первинних хворих на лімфоми В-клітинного походження», 0118U003731, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121774. МПК А61В 6/00. Спосіб визначення прогнозу перебігу захворювання у хворих на неходжкінську первинну медіастинальну В-великокліну лімфому / Крячок І.А., Степанішина Я.А., Кметюк Я.В., Титоренко І.Б., Мартинчик А.І., Алексик О.М., Філоненко К.С., Ашихмін А.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку, Клінічна лікарня «Феофанія» державного управління справами (UA). – № u201707451; заявл. 14.07.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Визначення групи ризику та студіювання за стандартами та локальними протоколами, до початку лікування при проведенні позитронно-емісійної томографії-комп'ютерної томографії (ПЕТ-КТ) визначають кількісні функціональні параметри метаболічної активності пухлини, зокрема метаболічний об'єм пухлини (MTV) та загальний гліколіз пухлини і при виявленні MTV вище порогового рівня (>1155 см<sup>3</sup>) прогнозують несприятливий перебіг захворювання.
8. Можливість дослідити нові прогностичні радіобіологічні фактори та, за необхідності, удосконалити вибір схеми лікування.
9. ПЕТ-КТ.
10. Хворі на неходжкінську первинну медіастинальну В-великокліну лімфому.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Клінічна лікарня «Феофанія» державного управління справами.
15. Крячок І.А., Степанішина Я.А., Кметюк Я.В., Титоренко І.Б., Мартинчик А.І., Алексик О.М., Філоненко К.С., Ашихмін А.В. (0442571090).

### Реєстр. № 213/5/18

1. **МЕТОДИКА ЗАКРИТТЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ У ХВОРИХ НА РАК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Вивчити ефективність різних режимів хіміо-променевої терапії та розробити функціонально збережні підходи до комплексного лікування хворих на рак порожнини рота», 0116U002405, 2016-2018 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122468. МПК А61В 17/00. Спосіб закриття післяопераційної рани у хворих на рак ротової порожнини / Процик В.С., Джемілев С.С., Коробко Є.В., Трембач О.М., Чичула Р.Є.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201707403; заявл. 13.07.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Використання під час операції пластини «Тахокомб», яку накладають після зупинки кровотечі безпосередньо на ранову поверхню для її закриття до повної регенерації.
8. Підвищення ефективності лікування, зменшення кількості ускладнень, уникнення додаткового хірургічного втручання для закриття післяопераційної рани та поліпшення якості життя хворого.
9. Стандартне обладнання операційної, пластина «Тахокомб».
10. Хворі на рак ротової порожнини.
11. Загальний стан хворого.
12. Кровотеча.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Процик В.С., Джемілев С.С., Коробко Є.В., Трембач О.М., Чичула Р.Є. (0442577640).

### Реєстр. № 214/5/18

1. **МЕТОДИКА НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити нові методики комбінованого лікування хворих на рак грудної залози з несприятливим прогнозом», 0118U003732, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123371. МПК А61К 31/00. Спосіб неоад'ювантної терапії хворих на місцево поширений рак грудної залози / Смоланка І.І., Досенко І.В., Ляшенко А.О., Іванкова О.М., Лобода А.Д., Супруненко О.А.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201708940; заявл. 08.09.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Внутрішньоартеріальне введення цитостатиків, з додаванням до препарату групи таксанів циклофосфамідів.
8. Покращання моніторингу хворих в процесі імунотерапії та допомога в розробці більш ефективних схем її застосування.
9. Обладнання операційної, інфузомат для внутрішньоартеріальної хіміотерапії, апарат «Магнітер» (Харків, «Радмір»).
10. Хворі на місцево поширений рак грудної залози.
11. Серцево-судинна та ниркова недостатність, вагітність.
12. Нудота, блювота, лейкопенія, нейтропенія.

13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Досенко І.В., Ляшенко А.О., Іванкова О.М., Лобода А.Д., Супруненко О.А. (0442571052).

#### Реєстр. № 215/5/18

1. **МЕТОДИКА ОДНОМОМЕНТНОЇ РЕЗЕКЦІЇ І РЕКОНСТРУКЦІЇ ІНФРАРЕНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ ТА НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ.**
2. НДР «Розроблення нових методів комбінованого лікування хворих із метастатичними новоутвореннями черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу», 0118U003734, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123445. МПК А61В 17/00. Спосіб одномоментної резекції і реконструкції інфраренального відділу аорти та нижньої порожнистої вени / Бурлака А.А., Васильєв О.В., Дорожинський В.І., Тучнова І.А., Колеснік О.О.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201709523; заявл. 29.09.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Одномоментна резекція і реконструкція інфраренального відділу аорти та нижньої порожнистої вени з видаленням пухлини та уражених судин єдиним блоком в межах здорових тканин; уражені нижню порожнисту вену та аорту резектують з наступним лінійним алопротезуванням політетрафторетиленовим протезом.
8. Зменшення частоти виникнення локальних рецидивів покращання загальної та безрецидивної виживаності хворих.
9. Обладнання операційної.
10. Хворі на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини та заочеревинного простору.
11. Наявність невідкладних станів хворого.
12. Кровотеча, гемарогічний шок, інфікування протезу.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Бурлака А.А., Васильєв О.В., Дорожинський В.І., Тучнова І.А., Колеснік О.О. (0442590175).

#### Реєстр. № 216/5/18

1. **МЕТОДИКА ОДНОМОМЕНТНОЇ INSITU РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ВІДДАЛЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ.**
2. НДР «Розроблення нових методів комбінованого лікування хворих із метастатичними новоутвореннями черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу», 0118U003734, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124381. МПК А61В 17/00. Спосіб одномоментної insitурезекції печінки на фоні віддаленого ішемічного попередження / Бурлака А.А., Васильєв О.В., Дорожинський В.І., Тіунова І.А., Колеснік О.О.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201709524; заявл. 29.09.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.

7. Одномоментна *in situ* резекція печінки в умовах тотальної судинної оклюзії з гіпотермічною перфузією консервуючими розчинами, що в доопераційному періоді виконують програму віддаленого ішемічного попередження.
8. Зменшення частоти виникнення гострої печінкової недостатності та зниження рівня післяопераційної недостатності.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на первинні та метастатичні новоутворення печінки.
11. Наявність невідкладних станів хворого.
12. Кровотеча, гемарогічний шок, інфікування протезу.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Бурлака А.А., Васильєв О.В., Дорожинський В.І., Тіунова І.А., Колеснік О.О. (0442590175).

#### **Реєстр. № 217/5/18**

1. **МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК ІЗ СИНХРОННИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ У УРАХУВАННЯМ ЕКОНОМІЧНИХ КРИТЕРІЇВ.**
2. НДР «Розроблення нових методів комбінованого лікування хворих із метастатичними новоутвореннями черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу», 0118U003734, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125303. МПК А61В 17/22. Спосіб хірургічного лікування хворих на метастатичний колоректальний рак із синхронним ураженням печінки у врахуванням економічних критеріїв / Бурлака А.А., Колеснік О.О.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201710681; заявл. 03.11.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Лікування хворих на метастатичний колоректальний рак із синхронним ураженням печінки з врахуванням економічних критеріїв, при якому виконують резекцію первинної пухлини товстої кишки із синхронними метастазами в печінці; операцію виконують за один хірургічний етап із видаленням  $\leq 3$  анатомічних сегментів печінки.
8. Зниження рівня післяопераційних ускладнення та зменшення собівартості хірургічного лікування хворих на синхронний метастатичний колоректальний рак.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на первинний колоректальний рак із синхронним метастатичним ураженням печінки.
11. Наявність невідкладних станів хворого.
12. Кровотеча, гемарогічний шок, інфікування протезу.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Бурлака А.А., Колеснік О.О. (0442590175).

#### **Реєстр. № 218/5/18**

1. **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПРИ РАКУ ВЕРХНЬОГРУДНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Нові підходи та методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0118U003728, 2018-2020 рр.



3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124379. МПК А61К 49/06. Спосіб комплексного лікування хворих при раку верхньогрудного відділу стравоходу / Кіркільєвський С.І., Крахмальов П.С., Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201709520; заявл. 29.09.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Проведення хіміопроменевої терапії, проводять 2 курси неoad'ювантної променевої терапії загальною вогнищевою дозою 30 Гр кожний з одночасною селективною (внутрішньоартеріальною) полі хіміотерапією та виконують радикальне видалення пухлини в обсязі субтотальної езофагоектомії з відступом у проксимальному напрямку на 2 см вище краю пухлини.
8. Підвищення радикалізму лікування, покращання віддалених результатів лікування та якості життя хворих.
9. Апарат для дистанційної променевої терапії, інфузомат та цитостатики.
10. Хворі на рак верхньогрудного відділу стравоходу.
11. Конкуруюча супутня патологія, занедбаність процесу, інкрабельний стан хворого.
12. Токсичні прояви лікування (лейкопенія різних ступенів).
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кіркільєвський С.І., Крахмальов П.С., Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І. (0442590168).

#### Реєстр. № 219/5/18

1. **МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВЕРХНЬОГРУДНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Нові підходи та методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0118U003728, 2018-2020 рр.
3. Онкологія, лабораторна імунологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124380. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хворих на рак верхньогрудного відділу стравоходу / Кіркільєвський С.І., Крахмальов П.С., Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201709521; заявл. 29.09.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Одномоментне видалення стравоходу з пухлиною і пластику стравоходу шлунком, стравохідно-шлунковий анастомоз накладають трансплеврально за допомогою зшиваючого циркулярного апарата через усі шари стравоходу та шлунка, створюють підвісну нутритивну мікросеюностому та дренують черві кальний простір шляхом цервікотомії.
8. Підвищення радикалізму лікування, покращання віддалених результатів лікування та якості життя хворих.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на верхньогрудний відділ стравоходу.
11. Конкуруюча супутня патологія, занедбаність процесу, інкрабельний стан хворого.
12. Післяопераційні ускладнення.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.

15. Кіркілевський С.І., Крахмальов П.С., Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І. (0442590168).

**Реєстр. № 220/5/18**

- 1. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИК ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
- НДР «Розроблення нових методів комбінованого лікування хворих із метастатичними новоутвореннями черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу», 0118U003734, 2018-2020 рр.
- Онкологія, лабораторна імунологія.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 125302. МПК А61В 5/02. Спосіб діагностик злоякісних пухлин підшлункової залози / Забудська Л.Р.; заявник та патентовласник Національний інститут раку (UA). – № u201710680; заявл. 03.11.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
- Немає.
- Проведення комп'ютерної томографії з рентгенконтрастуванням та трифазним скануванням з наступним аналізом томограм, денситометрію пухлинної тканини проводять апертурою площею 16 мм<sup>2</sup> у всі фази сканування та вводять показники рентгенівської щільності в табличний процесор Microsoft Excel, апроксимують точки кривої накопичення-виведення рентгеноконтрастної речовини поліномом 2-го ступеня та обчислюють регресію за рівнянням.
- Можливість диференціювати гістологічні форми пухлин підшлункової залози, підвищення чутливості та специфічності дослідження.
- Комп'ютерний томограф, табличний процесор Microsoft Excel.
- Хворі на злоякісних пухлин підшлункової залози.
- Немає.
- Немає.
- Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Забудська Л.Р. (0442590176).

**Реєстр. № 221/5/18**

- 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РАННЬОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.**
- НДР «Розробка методів профілактики та лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів», 0115U001087, 2015-2020 рр.
- Внутрішні хвороби.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 117909. МПК А61К 31/198, А61Р 35/02 Спосіб профілактики ранньої антрациклінової кардіотоксичності у хворих на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця / Скрипник І.М., Маслово Г.С., Лиманець Т.В.; заявник і патентовласник ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701360; заявл. 13.02.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.
- Немає.
- Запропонований спосіб може бути застосований для оптимізації профілактики ранньої антрациклінової кардіотоксичності у хворих на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця L-аргініном на фоні призначення антрациклінів у

- кумулятивній дозі від 100 до 200 мг/м<sup>2</sup> у складі базисної поліхіміотерапії гострої лейкемії.
8. Запропонований спосіб профілактики ранньої антрациклінової кардіотоксичності у хворих на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця дозволяє ефективно знизити ризик очікуваних серцево-судинних ускладнень шляхом запобігання розвитку патологічних порушень біоелектричної активності міокарда, пригнічення процесів перекисного окислення ліпідів за одночасного підвищення активності системи антиоксидантного захисту.
  9. L-аргінін.
  10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є проведення хворим на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця індукційної поліхіміотерапії із включенням антрациклінових антибіотиків.
  11. Підвищена чутливість до препарату, алергічні реакції в анамнезі, тяжкі порушення функції нирок, гіпохлоремічний ацидоз, застосування калійзберігаючих діуретиків, спіронолактону.
  12. Існує вірогідність виникнення побічних ефектів, які пов'язані із прийомом лікарського засобу L-аргініну, такі як: загальні розлади: гіпертермія, відчуття жару, ломота в тілі; зміни в місці введення: гіперемія, свербіж, блідість шкіри; з боку кістково-м'язової системи: біль у суглобах; з боку травної системи: сухість у роті, нудота, блювання; з боку імунної системи: реакції гіперчутливості, включаючи висипи, кропив'янку, ангіоневротичний набряк; з боку серцево-судинної системи: коливання артеріального тиску, зміни серцевого ритму, біль у ділянці серця; з боку нервової системи: головний біль, запаморочення, відчуття страху, слабкість, судоми, тремор – частіше при перевищенні швидкості введення; зміни лабораторних показників: гіперкаліємія.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
  14. Немає.
  15. Скрипник І.М. (0532222820), Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

#### Реєстр. № 222/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РАННЬОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІО-ТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Розробка методів профілактики та лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів», 0115U001087, 2015-2020 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117903. МПК А61В 5/0402 Спосіб діагностики ранньої антрациклінової кардіотоксичності у хворих на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця / Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.; заявник і патентовласник ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701338; заявл. 13.02.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб може бути застосований для діагностики ранньої антрациклінової кардіотоксичності у хворих на гострі лейкемії із супутньою ішемічною хворобою серця на фоні низьких кумулятивних доз антрациклінових антибіотиків від 100 до 200 мг/м<sup>2</sup>.
8. Запропонований спосіб діагностики антрациклінової кардіотоксичності дозволяє виявити ранні зміни біоелектричної активності міокарда у хворих на гострі лейкемії

за наявності супутньої ішемічної хвороби серця в динаміці індукційних курсів хіміотерапії. Вказані зміни проявляються у вигляді порушень ритму, провідності, а також, безбольової ішемії міокарда ще до розвитку систолічної дисфункції лівого шлуночка, яка в більшості випадків є незворотною. Застосування запропонованого методу дозволяє своєчасно розпочати медикаментозну корекцію антрациклінової кардіотоксичності.

9. Пристрій для проведення добового холтерівського моніторингу ЕКГ.
10. Раннє виявлення змін біоелектричної активності міокарда у хворих на гострі лейкомії, які мають високий ризик розвитку антрациклінової кардіотоксичності, з метою своєчасної діагностики порушень ритму, провідності, безбольової ішемії міокарда та розробки профілактичних засобів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Скрипник І.М. (0532222820), Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

### **Реєстр. № 223/5/18**

1. **ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УДОСКОНАЛЕНОЇ АНАМНЕСТИЧНОЇ АНКЕТИ В УМОВАХ РОБОТИ ЄДИНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014-2018 рр.
3. Профілактична медицина, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126551. МПК А61В 5/02 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01). Спосіб моніторингу і оцінки факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань / Дячук Д.Д., Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю., Безпрозванна В.М.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами. – № u201800566; заявл. 19.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Впровадження даної розробки дозволить запровадити моніторинг і оцінку факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань та переліку обґрунтованих діагностичних обстежень, що є підґрунтям для планування необхідних обсягів профілактичних втручань. Широке використання можливостей медичної інформаційної системи дозволить приймати обґрунтовані управлінські рішення, проводити їх аналіз та раціонально використовувати ресурси закладу охорони здоров'я. В основу медико-соціологічного моніторингу покладені наступні базові підходи: 1) аналіз стану здоров'я пацієнта на момент звернення за наявними у нього основним ФР НІЗ; 2) оцінка індивідуального сумарного ризику розвитку НІЗ для кожного пацієнта індивідуально; 3) визначення індивідуальних ФР щодо нераціонального харчування; 4) віднесення пацієнта до тієї чи іншої групи здоров'я; 5) індивідуальний підхід у виборі рекомендованих рекомендацій зі зміни стилю

- життя; 6) індивідуальний підхід у виборі рекомендованого складу раціону (який полягає у формуванні індивідуальної норми енергетичних витрат і споживання харчових речовин у складі раціону в залежності від особливостей людини, звичок і способу життя тощо); 7) прогноз майбутнього стану пацієнта за наявними у нього основними ФР НІЗ (які входять до переліку тих ФР, що підлягають обов'язковому обліку). Електронний опитувальник включає сім блоків питань і дозволяє проводити моніторинг наявності низки факторів ризику розвитку найпоширеніших НІЗ та віднести пацієнта до однієї із груп здоров'я. запроваджений підхід щодо формування індивідуальних профілактичних програм із використанням моніторингу і оцінки факторів ризику розвитку НІЗ, дозволяє визначати перелік діагностичних обстежень для розробки індивідуальної програми проходження щорічного профілактичного медичного огляду. Для формування індивідуальної профілактичної програми проходження щорічного профілактичного медичного огляду використовують електронну анамнестичну анкету імплементовану до Єдиної медичної інформаційної системи закладу охорони здоров'я (Програма управління базою даних багатопрофільного медичного закладу).
8. Перевагою є можливість розробки індивідуальної профілактичної програми для проходження щорічного профілактичного медичного огляду в динаміці (із появою нових факторів ризику профілактична програма доповнюватиметься діагностичними втручаннями), що дозволяє, з урахуванням отриманих, даних розробляти оптимальні профілактичні програми та формувати маршрут пацієнта.
  9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
  10. Показано для використання в практиці лікарів, які надають первинну медичну допомогу.
  11. Немає.
  12. Ускладнення не спостерігалися.
  13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
  14. Немає.
  15. Дячук Д.Д., Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю., Безпрозванна В.М. (0442847106).

#### Реєстр. № 224/5/18

1. **АДАПТАЦІЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА ПО ВИЗНАЧЕННЮ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІНТРАЕПІДЕРМАЛЬНИЙ РАК ШКІРИ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатфакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014-2018 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Адаптація на українську мову тавпровадження опитувальника «Якість життя хворих на рак шкіри» (SkinCancerQualityofLife – SCQoL) з метою вивчення якості життя у хворих на неінвазивну і інвазивну форми раку шкіри, ефективності запропонованих медичних технологій. Протокол призначений для лікарів дерматологів, онкологів, хірургів та іншого медичного персоналу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри. Інтраепідермальна карцинома шкіри (squamouscellcarcinomainsitu – SCCis) була вперше описана в 1912 році, і, по суті, еквівалентно використовується нарівні з терміном плоскоклітинний рак insitu. SCCis збільшує загальний тягар хронічних рецидивуючих захворювань на

суспільство та має значний вплив на якість життя (ЯЖ), завдаючи пацієнтам не тільки фізичний, але і психологічний дискомфорт. Для того, щоб оцінити тягар SCCis на ЯЖ пацієнтів було розроблено і перевірено на чутливість та специфічність з використанням як класичних тестів, так і сучасної теорії тестування опитувальник SkinCancerQualityofLife. Оригінальні опитувальники були переведені на українську мову відповідно до рекомендацій крос-культурної адаптації (theguidelinesforthecross-culturaladaptationofself-reportmeasures). SCQoL складається з 9 запитань, які сформовані за 3-ма доменами: домен функції (охоплює запитання 1, 8 і 9 = домен 1), домен емоції (запитання 2, 4 і 6 = домен 2) і домен контролю (запитання 5 і 7 = домен 3). Крім того є 1 глобальний елемент (запитання 3). Відповіді оцінюються за 4-точковим стандартом Лайкерта. Загальний бал в діапазоні від 0 до 27 балів. Вища оцінка означає більше погіршення ЯЖ. Опитувальник рекомендується використовувати при оцінці ЯЖ у хворих на SCCis. Запропоновано оціночну шкалу: відсутність впливу при оцінці 0-3 бали, легкий вплив при оцінці 4-6 бали, помірний вплив – 7-10 балів і значний вплив – 11-27 балів. До теперішнього часу з метою оцінки ЯЖ дерматологічних хворих застосовується опитувальник дерматологічний індекс якості життя (DermatologyLifeQuality Index – DLQI). З метою оцінки ЯЖ у хворих SCCis на Україні не застосовувався специфічний опитувальник SCQoL.

8. Адаптація та впровадження опитувальника по визначенню якості життя хворих на інтраепідермальний рак шкіри більш ефективно відобразив особливості якості життя хворих та вказує на вищу специфічність при вказаній патології шкіри.
9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
10. Показано для використання в практиці лікарів, які надають вторинну медичну допомогу хворим на інтраепідермальний рак шкіри.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
15. Яценко Ю.Б., Ошивалова О.О. (0442847106).

#### **Реєстр. № 225/5/18**

1. **АДАПТАЦІЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА ПО ВИЗНАЧЕННЮ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АКТИНІЧНИЙ КЕРАТОЗ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014-2018 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Адаптація на українську мову та впровадження опитувальника «Якість життя хворих на актинічний кератоз» (ActinicKeratosiQualityofLife – AKQoL) з метою вивчення якості життя у хворих на актинічний кератоз, ефективності запропонованих медичних технологій. Протокол призначений для лікарів дерматологів, онкологів, хірургів та іншого медичного персоналу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з актинічним кератозом. Актинічний кератоз (АК) – індуковане ультрафіолетовим опроміненням (УФО) ураження шкіри, яке може прогресувати в інвазивний плоскоклітинний рак шкіри. АК збільшує загальний тягар хронічних

рецидивуючих захворювань на суспільство та має значний вплив на якість життя (ЯЖ), завдаючи пацієнтам не тільки фізичний, але і психологічний дискомфорт. Для того, щоб оцінити тягар АК на ЯЖ пацієнтів було розроблено і перевірено на чутливість та специфічність з використанням як класичних тестів, так і сучасної теорії тестування опитувальник ActinicKeratosiQualityofLife. Оригінальні опитувальники були переведені на українську мову відповідно до рекомендацій крос-культурної адаптації (theguidelinesforthecross-culturaladaptationofself-reportmeasures). АКQoL складається з 9 запитань, які сформовані за 3-ма доменами: домен функції (охоплює запитання 1, 8 і 9 = домен 1), домен емоції (запитання 2, 4 і 6 = домен 2) і домен контролю (запитання 5 і 7 = домен 3). Крім того є 1 глобальний елемент (запитання 3). Відповіді оцінюються за 4-точковим стандартом Лайкерта. Загальний бал в діапазоні від 0 до 27 балів. Вища оцінка означає більше погіршення ЯЖ. Опитувальник рекомендується використовувати при оцінці ЯЖ у хворих на АК. Запропоновано оціночну шкалу: відсутність впливу при оцінці 0-3 бали, легкий вплив при оцінці 4-6 бали, помірний вплив – 7-10 балів і значний вплив – 11-27 балів. До теперішнього часу з метою оцінки ЯЖ дерматологічних хворих застосовується опитувальник дерматологічний індекс якості життя (DermatologyLifeQuality Index -DLQI). З метою оцінки ЯЖ у хворих АК на Україні не застосовувався специфічний опитувальник АКQoL.

8. Адаптація та впровадження опитувальника по визначенню якості життя хворих на інтраепідермальний рак шкіри більш ефективно відобразив особливості якості життя хворих та вказує на вищу специфічність при вказаній патології шкіри.
9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
10. Показано для використання в практиці лікарів, які надають вторинну медичну допомогу хворим на актинічний кератоз.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
15. Яценко Ю.Б., Ошивалова О.О. (0442847106).

#### Реєстр. № 226/5/18

1. **РОЗРОБКА УДОСКОНАЛЕНОЇ АНАМНЕСТИЧНОЇ АНКЕТИ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ.**
2. НДР «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення», 0114U002118, 2014-2018 рр.
3. Профілактична медицина, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126551. МПК А61В 5/02 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01). Спосіб моніторингу і оцінки факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань / Дячук Д.Д., Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю., Безпрозванна В.М.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами. – № u201800566; заявл. 19.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Основою профілактики неінфекційних захворювань є визначення найбільш істотних факторів ризику, їх профілактика, моніторинг і контроль на основі поетапного здійснення моніторингу (STEPS) рекомендований Всесвітньою організацією

- охорони здоров'я як інструмент контролю за поширенням неінфекційних захворювань. Критеріями об'єктивності запропонованого способу є результати анамнестичного анкетування 854 пацієнтів, які проходили плановий профілактичний огляд (пацієнти чоловічої статі – 44%, жіночої – 56%, середній вік опитаних –  $48,0 \pm 10,3$  р.). Предметом дослідження було проведене анамнестичнеанкетування за удосконаленими опитувальниками для визначення необхідних діагностичних втручань з метою проведення щорічного профілактичного медичного огляду, тобто розробки індивідуальної профілактичної програми. Серед опитаних пацієнтів частина тих, хто дотримується основних засад здорового способу життя – витрачають на ходьбу у помірному темпі понад 30 хвилин на день (69,68% респондентів), щоденно вживають 4–5 порцій овочів і фруктів (57,4%) чи/або 100 грамів риби (62,96%) двічі на тиждень та звертають увагу на вміст жиру та/або холестерину в продуктах при покупці (43,51% відповідно) – була досить високою – лише  $4,63 \pm 0,8\%$ , при цьому про свою звичку курити більше однієї цигарки на день опитаних зазначили 19,44% опитаних. Серед пацієнтів, за результатами проведеного анамнестичного анкетування, у середньому 13,84% підтвердили наявність у своїх близьких родичів (матері, батька, брата, сестри) хвороб, що можуть провокувати розвиток НІЗ у пацієнтів. Зокрема про інфаркт міокарда у матері чи сестри до 65 р. та батька чи брата до 55 р. ствердно відповіли 18,29% респондентів. Електронний опитувальник включає сім блоків питань і дозволяє проводити моніторинг наявності низки факторів ризику розвитку найпоширеніших НІЗ та віднести пацієнта до однієї із груп здоров'я. Блок-схема електронного опитувальника. I. Блок – 1: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта НІЗ (сім запитань закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК» та «НІ»). II. Блок – 2: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта спадкових факторів ризику розвитку НІЗ (п'ять запитань закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК», «НІ» та «НЕ ЗНАЮ», останній прирівнюється до позитивної відповіді; питання 11 є різним для анамнестичних анкет у чоловіків та у жінок). III. Блок – 3: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта преморбідних станів (п'ять запитань закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК» та «НІ»). IV. Блок – 4: блок електронних даних щодо куріння пацієнта (одне запитання закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК» та «НІ»). V. Блок – 5: блок електронних даних щодо харчової поведінки пацієнта та рухової активності (п'ять запитань закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК» та «НІ»). VI. Блок – 6: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта симптоматики ендокринологічних розладів (два запитання закритого типу, дистракторами виступають відповіді «ТАК» та «НІ»). VII. Блок – 7: електронний блок даних щодо скринінгу депресії (шляхом опитування за стандартизованим опитувальником для скринінгу депресії PHQ – 2).
8. Перевагою є можливість формувати індивідуальний маршрут пацієнта при проходженні щорічних профілактичних медичних оглядів.
  9. Залучення додаткових ресурсів не потребує.
  10. Показано для використання в практиці лікарів, які надають первинну медичну допомогу.
  11. Немає.
  12. Ускладнення не спостерігалися.
  13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
  14. Немає.
  15. Дячук Д.Д., Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю., Безпрозванна .М. (0442847106)



1. **КОРОТКОСТРОКОВЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ ЗА ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ НА ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.», 0112U002809.
3. Соціальна медицина.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. В умовах зростання рівнів захворюваності на парентеральні вірусні гепатити доцільним є проведення ретроспективного та проспективного аналізу стану здоров'я дитячого населення, зокрема підлітків, для яких характерною є безпечна поведінка, шкідливі звички, уподобання, які входять до переліку шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів. З цією метою в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» створена комп'ютерна база даних показників стану здоров'я за 15 класами хвороб (МКХ-10) та 13 нозологічними формами у розрізі основних адміністративних територій України за період 2007-2016 рр. Це дало можливість здійснити проспективний короткостроковий прогноз захворюваності на парентеральні вірусні гепатити серед дитячого населення, в т.ч. підлітків в регіональному аспекті та визначити проблемні регіони в Україні, де ситуація є або може стати критичною вже в короткостроковій перспективі. Методологія визначення проблемного регіону представлена етапністю дослідження: 1) дані державної та галузевої статистики щодо показників захворюваності на вірусні гепатити (зокрема ті, що передаються гемоконтактно (парентерально) серед різних вікових груп населення в розрізі регіонів України або окремого регіону; 2) побудова прогнозних значень на короткострокову та середньострокову перспективу для України в цілому та за кожним регіоном зокрема; 3) вибір за прогнозними значеннями проблемних за зростанням захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, особливо серед дітей та підлітків, регіонів; обґрунтування заходів тривалого програмного міжгалузевого медико-організаційного втручання для попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів та зростання відсотку хронічних форм вірусних гепатитів в загальній структурі захворюваності на них. Проблемним регіоном слід вважати той, в якому прогнозується погіршення ситуації з епідемічним поширенням інфекцій, що передаються парентеральним шляхом, іншими словами той регіон, в якому ланцюгові абсолютні прирости динамічних рядів захворюваності перевищують ланцюговий абсолютний приріст динамічного ряду захворюваності по Україні. Результати прогнозування отримані методом трендового аналізу, який базується на побудові понад 3500 прогнозів захворюваності населення різних вікових груп за нозологією вірусні гепатити, зокрема гострих вірусних гепатитів А, В, С та хронічних вірусних гепатитів, для України в цілому та в її регіонах. Аналітичне вирівнювання побудованих динамічних рядів дозволяє отримати трендові рівняння ( $1$  – змінна часу (рік);  $y$  – теоретичний рівень ряду) із фактичними значеннями, які динамічно змінюються залежно від характеристик їх інтенсивності. Прогнозування здійснюється на основі отриманої лінійної функції підстановкою в якості аргументів функції  $1$ ; майбутніх інтервалів часу. При визначення проблемних регіонів необхідно дослідити середні абсолютні прирости  $b_1 = 1,27$ , тобто для кожного регіону та порівняти із середнім по Україні. Якщо середній абсолютний ланцюговий приріст регіону більше середнього приросту по Україні, то регіон належить до проблемних. Таким чином, формується список тих регіонів, в яких необхідно впроваджувати необхідні заходи задля запобіганню виникнення кризової ситуації. Прикладом визначеного нами

регіону стала Кіровоградська область, для якої характерними були загальноукраїнські тенденції до зростання захворюваності на вірусний гепатит, її значення в 2016 р. в 1,2 разу перевищували показник по Україні (35,52 проти 29,67 на 100 тис. населення) та високими виявлені рівні захворюваності на хронічний вірусний гепатит (28,54 проти 17,44 по Україні), зокрема хронічний вірусний гепатит С (21,87 проти 13,69 по Україні) та хронічний вірусний гепатит В (5,95 проти 3,59 на 100 тис. населення по Україні). Виявлені регіональні особливості змін структури захворюваності на вірусний гепатит в Кіровоградській області проявилися суттєвим зменшенням питомої ваги гострих вірусних гепатитів (гострого вірусного гепатиту А з  $21,56 \pm 2,3$  % в 2007 р. до  $8,38 \pm 1,49$ % в 2016 р.; гострого вірусного гепатиту В з  $18,75 \pm 2,18$  до  $6,65 \pm 1,34$ %; гострого вірусного гепатиту С з  $9,69 \pm 1,65$  до  $4,05 \pm 1,06$ %) із зростанням майже вдвічі питомої ваги хронічного вірусного гепатиту (з  $45,0 \pm 2,78$  до  $80,35 \pm 2,14$ %). Переважання в структурі захворюваності вірусних гепатитів в Україні ( $58,79 \pm 0,44$ %) хронічних їх форм, а особливо в Кіровоградській області ( $80,35 \pm 2,14$ %) спонукає до пошуку медико-організаційних причин формування виявлених тенденцій захворюваності, з урахуванням виявлених тенденцій до зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити В і С серед дітей, починаючи з підліткового віку (15-17 р.) та переважанням в структурі захворюваності дітей на хронічні вірусні гепатити саме гепатиту С ( $52,7 \pm 5,8$ %). Трендовий динамічний аналіз захворюваності населення України різного віку на парентеральні вірусні гепатити з виявленими їх особливостей в Кіровоградській області послужив обґрунтуванню і реалізації регіональної комплексної соціальної програми області, реалізація завдань якої передбачала міжгалузеву співпрацю, в центрі якої були діти і підлітки регіону, що довело свою ефективність.

8. Результати дослідження особливостей захворюваності на парентеральні вірусні гепатити на загальнодержавному та регіональному рівнях дозволять здійснювати успішне планування та виконання цільових регіональних комплексних програм і заходів щодо збереження, зміцнення здоров'я цієї групи населення задля попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед населення України.
9. Немає.
10. Пропонується для впровадження в роботу департаментів охорони здоров'я, практичну діяльність закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, науково-дослідних установ, навчальний процес вищих медичних навчальних закладів, використання трендового аналізу показників захворюваності населення України, зокрема підлітків, для визначення проблемних регіонів, прогнозування та оцінювання ефективності запроваджених медико-організаційних, лікувальних і профілактичних заходів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».
14. НМАПО імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини.
15. Касьяненко І.І., Медведовська Н.В.

#### Реєстр. № 228/5/18

1. **АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ, ЩОДО ПРОБЛЕМИ СПОЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи профілактики зловживання психоактивними речовинами серед молоді, що навчається».

3. Соціальна медицина.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади лікувально-профілактичного профілю в практику роботи лікарів-психологів, наркологів, в навчальний процес в закладах освіти III-IV рівня акредитації.
7. Алгоритм надання медико-соціальної підтримки молодим людям, котрі є студентами та вживають психоактивні речовини (ПАР) відображає засади та основні принципи організації діагностичних та профілактичних заходів щодо превентивного виховання студентської молоді, який містить наступні складові: 1) інформативний блок про проблеми та наслідки впливу uzалежнень від ПАР на організм людини; 2) консультативний блок, що проводиться за допомогою скринінгових методик; 3) проведення мотиваційних тренінгових семінарів та формування практичних навичок дотримання здорового способу життя.
8. Застосування алгоритму надання медико-соціальної підтримки та консультування студентської молоді щодо проблеми ПАР дозволить своєчасно виявляти осіб, що належать до груп високого ризику, знизить рівень залежності, кількість випадків раннього вживання ПАР та їх наслідки, що зменшить стигматизацію та витрати на спеціалізовану наркологічну допомогу.
9. Консультування, тренінгові семінари, медико-соціальна підтримка
10. Студенти, що вживають психоактивні речовини.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Любінець О.В. (0322759536), Чемерис Н.М.

#### Реєстр. № 229/5/18

1. **СИСТЕМА МОНІТОРУВАННЯ ВИКОНАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ІЗ ВИЗНАЧЕННЯМ ЯКОСТІ ЖИТТЯ Й ДОСЯГНЕННЯМ ОПТИМАЛЬНО МОЖЛИВОГО РОЗКРИТТЯ ОСОБИСТОСТІ.**
2. «Медико-соціальне обґрунтування комплексу заходів запобігання та зниження інвалідності внаслідок військових (локальних) конфліктів», 0113U003139, 2015-2017 рр.
3. Організація та управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблена система моніторингу виконання реабілітаційних програм в учасників антитерористичної операції на засадах визначення якості життя та досягнення оптимально можливого розкриття особистості. Система дозволяє контролювати виконання реабілітаційних програм комбатантів, враховуючи їх думку про її ефективність, що ефективно сприяє скорішому досягненню мети реабілітації та своєчасному коректуванні програми, у випадку її неефективності або недостатньої ефективності.
8. Попередні методи здійснення контролю виконання реабілітаційних програм враховували лише думку про їх ефективність медичного персоналу, думка щодо ефективності реабілітаційної програми самого реабілітанта, не враховувалася. Така система не сприяла досягненню мети реабілітації в повному обсязі через наявність,

у деяких випадках, розбіжності в оцінці в учасників реабілітаційного процесу (медичного персоналу та пацієнта). Врахування думки пацієнта щодо ефективності реабілітаційної програми сприяє як досягненню оптимально можливого розкриття особистості реабілітанта, так й виконанню програми в повному обсязі за мінімально можливий термін.

9. Мультидисциплінарна команда спеціалістів вторинного та третинного рівнів, включаючи психологів.
10. Учасники антитерористичної операції, які потребують реабілітаційної допомоги.
11. Немає.
12. При дотриманні схем лікування та інших видів реабілітаційних заходів, немає.
13. Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».
14. Немає.
15. Іпатов Анатолій Володимирович, Гондуленко Наталія Олексіївна, Ханюкова Інна Ярославівна (0667100672).

### Реєстр. № 230/5/18

1. **УДОСКОНАЛЕНА МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування комплексу заходів запобігання та зниження інвалідності внаслідок військових (локальних) конфліктів», 0113U003139, 2015-2017 рр.
3. Організація та управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалено існуючу модель комплексної реабілітації, що реалізується завдяки залученню й злиттю структурних підрозділів різного профілю, пріоритет серед яких належить оптимізованим медичним службам, а новим доповненням є розробка профілактичного маршруту постраждалих та інвалідів на підставі принципів наступності, доступності та послідовності функціонування мультидисциплінарної команди спеціалістів вторинного та третинного рівнів, системного моніторингу виконання реабілітаційних програм із визначенням якості життя й досягненням оптимально можливого розкриття особистості, які здійснюються послідовно в межах єдиного медико-соціального простору
8. Перевага розробленої моделі комплексної реабілітації полягає в застосуванні системного підходу до вирішення цієї проблеми. Комплексність медичної та психологічної допомоги сприятиме більш цілісному процесу медико-соціальної реабілітації учасників збройних конфліктів на такому співвідношенні його механізмів, при якому не виникатиме диспропорції в його здійсненні, а сама його реалізація буде більш ефективною. Медичні та соціальні ефекти полягають у тому, що розроблені механізми ефективно сприяють соціалізації комбатантів, їх поверненню до громадського життя та налагодженню адекватних взаємовідносин учасників локальних військових конфліктів і суспільства (соціального оточення і соціального середовища). Медико-соціальна та суспільно-політична адаптація постраждалих внаслідок антитерористичної операції сприяє мінімізації стійкої втрати працездатності й оптимізації системи медичної допомоги, шляхом чого досягається економічний ефект розробки.
9. Мультидисциплінарна команда спеціалістів вторинного та третинного рівнів, включаючи ерготерапевтів та психологів.
10. Учасники антитерористичної операції, які потребують реабілітаційної допомоги.

11. Відсутність згоди комбатанта на проведення реабілітаційних заходів.
12. При дотриманні призначеної моделі реабілітації, дотриманні схем лікування та інших видів реабілітаційних заходів, немає.
13. Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».
14. Немає.
15. Іпатов Анатолій Володимирович, Гондуленко Наталія Олексіївна, Ханюкова Інна Ярославівна. (0667100672).

#### Реєстр. № 231/5/18

1. **ЕЛЕКТРОННА ФОРМА СТАТИСТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІНВАЛІДНОСТІ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ (АТО) ТА ЇХ ПОТРЕБ У РІЗНИХ ВИДАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ, У ТОМУ ЧИСЛІ Й ТЕХНІЧНИХ ЗАСОБАХ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування комплексу заходів запобігання та зниження інвалідності внаслідок військових (локальних) конфліктів», 0113U003139, 2015-2017 рр.
3. Організація та управління охороною здоров'я.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено спеціальні форми для збору електронної статистичної інформації стосовно епідеміології інвалідності учасників антитерористичної операції та їх потреб у різних видах реабілітаційної допомоги, у тому числі й технічних засобах їх реабілітації. Електронні таблиці можливо заповнювати помісячно за регіонами та є можливість підсумку цілком по країні та по роках. Створено інформаційну базу щодо первинної інвалідності учасників антитерористичної операції, яка є основою для розробки комплексних програм з профілактики та зниження інвалідності даної категорії громадян.
8. Форма розроблена вперше, існуючі форми не передбачали окремого виділення такої соціальної категорії громадян (учасники антитерористичної операції). Впровадження форми крім отримання інформації стосовно наявності інвалідності у даної категорії громадян, їх розподілу по регіонах, дає змогу оперативно реагувати на потреби в їх реабілітації, сприяє адекватному розподілу коштів за регіонами по наявному числу інвалідів, які мають потребу в реабілітації та конкретних її видах, у тому числі й технічних засобах реабілітації. Медичний і соціальний ефект впровадження електронної статистичної форми забезпечить перехід від пасивного спостереження за показниками інвалідності до активного аналізу й можливості втручання у відповідності від конкретних потреб у реабілітаційній допомозі та реабілітаційних послугах. Економічний ефект впровадження буде проявлятися у своєчасності та адекватності надання медико-експертної та реабілітаційної допомоги учасникам антитерористичної операції, що буде сприяти профілактиці інвалідності та прискоренню ресоціалізації даного контингенту до суспільства та збереженню трудових ресурсів країни.
9. Персональний комп'ютер, оператор, доступ до інтернету.
10. Наявність інвалідів учасників антитерористичної операції.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».
14. Немає.

15. Іпатов Анатолій Володимирович, Гондуленко Наталія Олексіївна, Ханюкова Інна Ярославівна (0667100672).

**Реєстр. № 232/5/18**

- 1. МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ РОЗРОБКИ (НТР).**
- НДР «Дослідження та обґрунтування доцільності впровадження об'єктів права інтелектуальної власності (ОПІВ) у сфері охорони здоров'я України», 0118U003872.
- Організація і управління охороною здоров'я.
- 2++,В.
- Не охороноспроможна.
- З метою відбору найперспективніших науково-технічних розробок для впровадження в сфері охорони здоров'я України рекомендується проводити оцінку інноваційного потенціалу кожної НТР шляхом встановлення відповідності НТР наступним критеріям із урахуванням коефіцієнту значимості кожного з них.
- В рамках НДР була розроблена методика визначення інноваційного потенціалу науково-технічної розробки, з метою побудови системи відбору найперспективніших науково-технічних розробок для впровадження в сфері охорони здоров'я України та збільшення шансів на впровадження своїх НТР розробниками
- Використання запропонованої методики надасть змогу вирішення проблеми щодо відбору найперспективніших науково-технічних розробок, отриманих при виконанні НДР, об'єктивізації та підтримки прийняття управлінських рішень про прогнозування ефективності інноваційної діяльності.
- Персональне автоматизоване робоче місце.
- Запровадження методики в роботі при визначення інноваційного потенціалу науково-технічної розробки, з метою об'єктивізації та прийняття управлінських рішень щодо планування НДР.
- Немає.
- Немає.
- Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
- Національна академія наук України, Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна.
- Мислицький О.В., Закрутько Л.І., Луговська Г.Г. (0444283722), Луговська Н.Е., Черниш І.Г.

**ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 233/5/18**

- 1. ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНОЇ ФУНКЦІЇ КИСТІ ПРИ НАСЛІДКАХ ТРАВМ ТА СПАСТИЧНИХ ПАРАЛІЧАХ ТА ПАРЕЗАХ.**
- НДР «Розробка критеріїв медико-соціальної експертизи і реабілітаційного потенціалу хворих та інвалідів з наслідками пошкоджень опорно-рухового апарату у поєднанні з соматичною патологією», 0112U000541, 2012-2017 рр.
- Травматологія та ортопедія, нервові хвороби.
- 3,Д.
- Немає.
- Немає.
- Спосіб лікування полягає в позиціонуванні та відновленні порушеної функції кисті при неврологічних захворюваннях, що супроводжуються спастичними парезами та

паралічами, за допомогою шини для відновлення функції кисті. Застосування шини для відновлення функції кисті в комплексі з виконанням вправ лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичними процедурами та медикаментозним лікуванням сприяє більш якісному відновленню функції кисті. Шина працює таким чином: на кисть пацієнта одягають рукавичку з текстильного еластичного матеріалу, на долонну сторону та передпліччя кріплять опорний елемент. Динамічне навантаження для розгинання пальців здійснюється за допомогою гумових дротів натягу, розташованих відповідно до променів кисті. У залежності від терапевтичних цілей драти натягу кріпляться дистальним кінцем на тильній поверхні рукавички в точках на рівні дистальних або проксимальних міжфалангових суглобів пальців кисті. Для досягнення необхідного розгинання пальця в дистальному чи проксимальному міжфалангових суглобах відповідно посилюють чи послаблюють натяг дротів. Таким чином, у процесі лікування можна підібрати індивідуально силу натягу гумового дроту в залежності від ступеня контрактури на кожний палець кисті окремо.

8. Удосконалення якості лікування хворих з порушенням функції кисті внаслідок післятравматичної контрактури суглобів пальців кисті, спастичного парезу чи паралічу при неврологічних захворюваннях.
9. Шина для відновлення функції кисті.
10. Порушення функції кисті внаслідок спастичних паралічів, парезів та при згинальних контрактурах суглобів пальців кисті посттравматичного генезу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО.
14. Немає.
15. Науменко Л.Ю., Фесенко Г.Д. (0963811994), e-mail: GFesenko@hotmail.com, Костриця К.Ю., Зуб Т.О.

#### Реєстр. № 234/5/18

1. **СПОСІБ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НАСКРІЗНИХ ПОРАНЕНЬ.**
2. НДР «Тактика медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих і інвалідів з наслідками черепно-мозкової та скелетної травм», 0118U004499, 2018-2020 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 124961. МПК А61М 1/00. Спосіб вакуумної терапії для лікування наскрізних поранень / Горегляд О.М., Науменко Л.Ю., Жердев І.І., Йовенко І.О.; заявник і патентовласник Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – № u201711613; заявл. 27.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб полягає в наступному. В порожнину рани на всьому протязі вводиться дренажна трубка, яка у середній частині, що знаходиться безпосередньо в рані, має перфоровані отвори діаметром 1-3 мм через кожні 10-20 мм довжини. На середню частину трубки надягається підігнана до форми ранового каналу пориста еластична губка таким чином, щоб вся частина дренажної трубки з перфорацією була нею закрита. Губка заповнює порожнину ранового каналу й обидва вихідні кінці рани. Вхідний та вихідний відділи трубки герметично фіксуються до губки та оточуючої шкіри адгезивною плівкою. Кінці дренажної трубки згинають та з'єднують між собою через Y-подібний перехідник, який підключають до джерела

негативного тиску. Надання губці форми ранового каналу і перфорація середній частині дренажної трубки з розміщенням перфорованої частини всередині губки забезпечує надійне дренивання всієї довжини ранового каналу з наданням терапевтичних ефектів негативного тиску по всій його довжині, а також знижує ймовірність утворення «сліпих», не дренованих просторів в рановому каналі, що в свою чергу знижує ймовірність виникнення гнійних ускладнень.

8. Запропонований спосіб вакуумної терапії при лікуванні наскрізних поранень дозволяє знизити частоту виникнення ускладнень при лікуванні наскрізних ран та ран з довгим вузьким рановим каналом і забезпечити якнайшвидше загоєння цього виду травм.
9. Пристрій для ВАК-терапії, адгезивна плівка, дренажна трубка, Y-подібний перехідник.
10. Наскрізні рани й рани з довгим вузьким рановим каналом сегментів кінцівок.
11. Характер травми, який робить недоцільним збереження травмованого сегменту кінцівки, кровотеча з рани, що триває.
12. Недосягнення герметичності в зоні накладення адгезивної пов'язки.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО.
14. Немає.
15. Науменко Л.Ю., Горегляд О.М., Зуб Т.О. (0958815146), e-mail: zloy.vra4@gmail.com.

#### Реєстр. № 235/5/18

1. **СПОСІБ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРОКСИМАЛЬНИХ ФАЛАНГ ТА СУМІЖНИХ СУГЛОБІВ II-V ПАЛЬЦІВ КИСТІ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114560. МПК А61В 6/00, А61В 6/03 (2006.01). Спосіб візуалізації п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів / Палійчук М.І., Палійчук В.І., Палійчук І.В., Рожко М.М., Дудій П.Ф., Сулима В.С., Ковалишин Т.М., Крупка Л.П. – № u201609811; заявл. 23.09.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб візуалізації проксимальних фаланг та суміжних суглобів II-V пальців кисті шляхом отримання ображення сканованих анатомічних структур п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах з використанням конусно-променевого комп'ютерної томографії на рентгенологічному стоматологічному апараті Veravewerocs R100 із відповідним позиціонуванням світлових променів згідно якого, середньо-сагітальний промінь виставляють посередині проксимальної фаланги обстежуваного пальця кисті, промінь франкфуртської горизонталі в площині середини проксимальної фаланги в аксіальній площині, а промінь позиціонування – по середині проксимальної фаланги обстежуваного пальця кисті у вертикальній площині і отримують точну, чітку реконструкцію даних тривимірного об'єму анатомічних структур проксимальних фаланг та суміжних суглобів II-V пальців кисті, з ефективною дозою біля 0,045 мЗв. Це дозволяє одержати зображення у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах.



8. Спосіб візуалізації проксимальних фаланг та суміжних суглобів II-V пальців кисті дозволяє отримати триплощинні зображення їх анатомічної будови з чіткою реконструкцією структур відповідної обстежуваної фаланги пальця кисті та суміжних суглобів з малою дозою опромінення та в короткий проміжок часу.
9. Конусно-променевий комп'ютерний томограф.
10. Захворювання, травми та наслідки травм фаланг пальців кисті.
11. Немає.
12. Неможливість утримання пальців кисті в нерухомому стані впродовж тривалості дослідження на конусно-променевому комп'ютерному томографі.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Сулима В.С., Палійчук І.В., Дудій П.Ф., Ковалишин Т.М. (0503735754), Палійчук М.І., Палійчук В.І., Крупка Л.П.

#### **Реєстр. № 236/5/18**

1. **СПОСІБ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ТА ЇХ СУМІЖНИХ СУГЛОБІВ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114557. МПК А61В 6/00, А61В 6/03 (2006.01). Спосіб візуалізації п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів / Палійчук М.І., Палійчук В.І., Палійчук І.В., Рожко М.М., Дудій П.Ф., Сулима В.С., Ковалишин Т.М., Крупка Л.П. – № u201609805; заявл. 23.09.2016; опубл.10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб візуалізації п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів шляхом отримання зображення сканованих анатомічних структур п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах з використанням конусно-променевого комп'ютерного томографа Veravewerocs R100, відповідним позиціонуванням світлових променів згідно якого, середньо-сагітальний промінь виставляють посередині проєкції обстежуваної п'ясткової кістки, промінь франкфуртської горизонталі в площині середини обстежуваної п'ясткової кістки в аксіальній площині, а промінь позиціонування – посередині обстежуваної п'ясткової кістки у вертикальній площині і отримують точну, чітку реконструкцію даних тривимірного об'єму анатомічних структур п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів, з ефективною дозою біля 0,045 мЗв. Це дозволяє одержати зображення у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах.
8. Спосіб візуалізації п'ясткових кісток та їх суміжних суглобів дозволяє отримати триплощинні зображення їх анатомічної будови з чіткою реконструкцією структур відповідної обстежуваної п'ясткової кістки кисті та суміжних суглобів з малою дозою опромінення та в короткий проміжок часу.
9. Конусно-променевий комп'ютерний томограф.
10. Захворювання, травми та наслідки травм п'ясткових кісток.
11. Немає.
12. Неможливість утримання кисті в нерухомому стані впродовж тривалості дослідження на конусно-променевому комп'ютерному томографі.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Сулима В.С., Палійчук І.В., Дудій П.Ф., Ковалишин Т.М. (0503735754), Палійчук М.І., Палійчук В.І., Крупка Л.П.

#### Реєстр. № 237/5/18

1. **СПОСІБ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИСТЬОВОГО СУГЛОБА.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114700. МПК А61В 6/00, А61В 6/03 (2006.01). Спосіб візуалізації функціонального стану кистьового суглоба / Ковалишин Т.М., Палійчук М.І., Палійчук В.І., Палійчук І.В., Рожко М.М., Крупка Л.П. – № u201610858; заявл. 28.10.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб візуалізації функціонального стану кистьового суглоба шляхом отримання зображення сканованих анатомічних структур кистьового суглоба у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах з використанням конусно-променевого комп'ютерного томографа, відповідним позиціонуванням світлових променів і кисті руки. Середньо-сагітальний промінь виставляють по осі сухожилля розгинача третього пальця кисті на кистьовому суглобі, промінь франкфуртської горизонталі в проекції суглобових головок дистального відділу променевої та ліктьової кістки передпліччя в аксіальній площині, а промінь позиціонування – по середині променевої кістки у вертикальній площині. Здійснюють сканування ділянки кисті двічі: перше – вертикально з випростаними пальцями (вісь III пальця кисті становить уявне продовження осі променевої кістки, кистьовий суглоб перебуває у середньому положенні між супінацією та пронацією) та друге – при зміненому положенні кистьового суглоба, за якого кисть максимально зігнута до переду з активно затисненими в кулак пальцями (кистьовий суглоб утримується в положенні, середньому між супінацією та пронацією, вісь III пальця знаходиться в одній площині з віссю променевої кістки).
8. Спосіб візуалізації функціонального стану кистьового суглоба дозволяє отримати триплощинні зображення анатомічної будови кистьового суглоба в фізіологічному та в стані суглоба, що перебуває під навантаженням, і легше діагностувати функціональні зміни кистьового суглоба.
9. Конусно-променевий комп'ютерний томограф.
10. Захворювання, травми та наслідки травм кистьового суглоба.
11. Немає.
12. Неможливість утримання кистьового суглоба в нерухомому стані впродовж тривалості дослідження на конусно-променевому комп'ютерному томографі.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
14. Немає.
15. Ковалишин Т.М. (0503735754), Рожко М.М., Палійчук І.В., Палійчук М.І., Палійчук В.І., Крупка Л.П.

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АПАРАТА ГУЦУЛЯКА В.І. ДЛЯ РЕПОЗИЦІЇ І ФІКСАЦІЇ ВІДЛАМКІВ КІСТОК.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115105. МПК А61В 17/56 (2006.01), А61В 17/66 (2006.01). Апарат Гуцуляка В.І. для репозиції і фіксації відламків кісток / заявник і патентовласник Гуцуляк В.І. – № а201605268; заявл. 16.05.2016; опубл. 11.09.2017. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб лікування хворих з переломами довгих кісток полягає в застосуванні апарата Гуцуляка В. І. для репозиції і фіксації відламків кісток, що включає роз'ємні опори з встановленими на них за допомогою елементів кріплення кістковими фіксаторами; репозиційний вузол, що містить сполучені у вигляді замкнутого контуру чотири різьбові штанги з встановленими на них повзунами; кронштейни, що виконані з виступом; різьбові стяжки. Різьбові штанги репозиційного вузла сполучені між собою, з можливістю взаємного переміщення за допомогою гайок, чотирма кутовими планками, які виготовлені з двома взаємно перпендикулярно розміщеними наскрізними отворами, що забезпечує можливість їх вільного переміщення за допомогою гайок по різьбових штангах та дозволяє змінювати розміри репозиційного вузла у двох відповідних площинах. Це, в свою чергу, дозволяє збільшувати кут повороту шарнірів з паралельними осями обертання, і як наслідок, – можливість усувати кутові та ротаційні деформації будь-якої величини, і уникнути при цьому деформування апарата. Крім того, завдяки можливості зміни розмірів репозиційного вузла у двох площинах, забезпечується його швидке монтування та сполучення з опорами різного типорозміру. Різьбові штанги та отвори кутових планок, в яких вони встановлені, виконано з лисками, що дозволяє з'єднати контур репозиційного вузла без шарнірних з'єднань, що значно збільшує жорсткість його конструкції та підвищує точність управління просторовою орієнтацією фрагментів. Конструкція апарата забезпечує можливість управління просторовою орієнтацією кісткових фрагментів за шістьма ступенями свободи при будь-якій величині їх зміщення.
8. Використання запропонованого апарата для репозиції і фіксації відламків кісток дозволить скоротити час проведення репозиції фрагментів кісток, покращити анатомо-функціональні результати та оптимізувати терміни лікування хворих з переломами довгих кісток кінцівок. Конструкція апарата передбачає управління просторовою орієнтацією кісткових фрагментів за шістьма незалежними ступенями свободи, що забезпечує можливість досягнення анатомічної репозиції. Крім того, завдяки можливості зміни розмірів репозиційного вузла у двох площинах, забезпечується його швидке монтування та сполучення з опорами різного типорозміру, що дозволяє використовувати репозиційні елементи апарата для співставлення фрагментів кісток, що вже синтезовані в АЗФ, та дозволяє проводити демонтаж репозиційних елементів після досягнення репозиції, а це – відповідно підвищує економічність застосування даного апарата.

9. Комплект апарата Гуцуляка В.І. для репозиції і фіксації відламків кісток, стандартні черезкісткові елементи, що імплантуються (спиці, стержні), стандартні інструменти для черезкісткового остеосинтезу, рентгенологічне обладнання.
10. Закриті та відкриті переломи довгих кісток кінцівок.
11. Загальні протипоказання до застосування черезкісткового остеосинтезу: психічні захворювання, що не дозволяють адекватно сприймати та виконувати рекомендації лікаря; захворювання життєво важливих органів і систем в стадії декомпенсації, що не дозволяють провести навіть малоінвазивне оперативне втручання; наявність інфекційного ураження м'яких тканин в місцях проведення черезкісткових елементів.
12. Порухення асептики при виконанні втручання та неадекватному догляді апарата може викликати місцеві запальні ускладнення, для попередження яких рекомендуємо навколо черезкісткових елементів один раз у 3-4 дні змінювати стерильні салфетки, змочені розчином хлоргексидину або іншого антисептика. При виникненні ускладнення рекомендуємо: дом'язеве введення нестероїдних протизапальних середників, розчинів антибіотиків, визначених за результатами антибіотикограми; застосування пов'язок з розчинами антисептиків. У разі неефективності даного лікування рекомендуємо видалення черезкісткового елемента.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
14. Немає.
15. Гуцуляк В.І. (0509605923).

#### Реєстр. № 239/5/18

1. **СПОСІБ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНОЇ ТРЕПАНОБІОПСІЇ ТА ТРЕПАНО-ПЛАСТИКИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КІСТОК ТА ПОРУШЕННЯХ КОНСОЛІДАЦІЇ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 114117. МПК А61В 17/34 (2006.01), А61В 17/16 (2006.01), А61В 17/22 (2006.01). Комплект інструментів для мінімально інвазивної трепанобіопсії та трепанопластики / Омельчук В.П., Омельчук І.В.; заявник і патентовласник ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». – № а201503193; заявл. 06.04.2015; опубл. 25.04.2017. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб передбачає використання комплекту інструментів для мінімально інвазивної трепанобіопсії та трепанопластики, а саме: трепану для біопсії, трубка якого біля ріжучого краю оснащена двома парами наскрізних поздовжніх отворів, робоча частина плавно загострена та переходить у ніж конусо-сегментарної форми, пероподібно заточений під гострим кутом 30°, а протилежний кінець з ручкою для утримання та отвором, переходить в канал кондуктора, набору мандренів чотирьох типів та знімного важеля-подовжувача ручки. Також трепану для трепанопластики, трубка якого оснащена наскрізними поздовжніми отворами і перемичками по всій довжині і екстрактора з чотирма загостреними робочими кінцями (2 пари), перпендикулярно розміщеними до осі екстрактора з дозованим змиканням між собою до мінімальної віддалі рівної половині діаметра трансплантату.

- Остеопластика значного об'єму спонгіозної кісткової тканини та (або) гідрооксипатиту здійснюється двома трепанами для трепанопластики: робочий кінець одного вводиться до місця трансплантації, а кінець другого, з взятим спонгіозним трансплантатом, поетапно з'єднують через кондуктор з попередньо введеним в місце пластики. Процедура трепанобіопсії та трепанопластики здійснюється під рентген ЕОП контролем на будь-якій глибині і може повторятися декілька разів, до досягнення бажаного об'єму пластичного матеріалу.
8. Наявність поздовжніх отворів на трубках трепанів та використання екстрактора з дозованим змиканням загострених робочих кінців, які заходять в трансплантат через дані отвори, при одночасному дозованому тиску на мандрен з перпендикулярним зрізом, дозволяє досягнути не руйнуючого переміщення спонгіозної кісткової тканини біоптату або трансплантату. Це суттєво поліпшує умови для якісної біопсії або ефект трепанопластики. У випадках щільної кісткової тканини використовуємо важіль-подовжувач ручки для збільшення моменту сили прокручування.
  9. Комплект інструментів для мінімально інвазивної трепанобіопсії та трепанопластики, рентгенапарат з ЕОП.
  10. Біопсія кісткової тканини, порушення консолідації, кістовидна перебудова, солітарні кісти, ішемічний остеонекроз, кісткові дефекти, ураження тіла хребця.
  11. Гемофілія, коагулопатії, загальні та місцеві протипокази до малоінвазивної операції або відповідної анестезії.
  12. При порушеннях асептики запальні ускладнення, кровотеча при гемофільї, коагулопатіях, перфорація внутрішньої поверхні крила клубової кістки трепаном під час мінімально інвазивного забору ауто трансплантату (-тів) з порушеннях методики.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
  14. Немає.
  15. Омельчук В.П. (0662125654), Омельчук І.В.

#### Реєстр. № 240/5/18

1. **СПОСІБ ЗАМІЩЕННЯ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТІВ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК І СУГЛОБІВ МЕТАЛЕВИМИ ЕНДОПРОТЕЗАМИ, ВКРИТИМИ БІОАКТИВНИМИ СПОЛУКАМИ.**
2. НДР «Заміщення кісткових дефектів в системі лікуванні хворих на захворювання та новоутворення кісток», 0117U002674, 2017-2019 рр.
3. Травматологія та ортопедія, онкохірургія.
4. З,Д.
5. Патент України на корисну модель № 125739. МПК А61F 2/00, А61В 17/00. Спосіб заміщення великих дефектів трубчастих кісток і суглобів металевими ендопротезами, вкритими біоактивними сполуками / Бур'янов О.А., Чорний В.С., Проценко В.В., Ключ М.І., Цабій Л.І., Затовський І.В., Ларіонов О.П., Темченко В.П.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201712178; заявл. 11.12.2017; опубл. 25.05. 2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Застосований спосіб заміщення кісткових дефектів, що утворились при захворюваннях або травмах кісток, шляхом імплантації у кістку металевого імплантату з напленням шаром гідрооксипатиту, трикальційфосфату, біоскла або їх композиту, що містить 1% срібла, цинку та міді, який заміщує або укріплює уражену кістку.

8. У результаті імплантації металевого імплантату покритого шаром керамічного матеріалу, що містить іони срібла, цинку та міді, в дефект кістки, або на її поверхню, вдається швидко відновити функцію та опороздатність ураженої кістки на тривалий термін, а також уникнути алергічних та інших реакцій на метал імплантату, післяопераційних запальних ускладнень, покращити біосумісність, інтеграцію з кісткою та виживаність імплантату. За методикою перед осадженням покриття виконують абразивну обробку титанової основи ендопротезу в установці газодетонаційного осадження, на поверхні формують поверхневий рельєф заданої глибини, що дорівнює розміру остеона та забезпечує велику площу контакту і міцність зчеплення кістки з ендопротезом. Далі методом газодетонаційного осадження, який значно переважає аналогічні за енергоефективністю, товщиною та міцністю покриття (50 МПа), виконують осадження шару з будь якого кальцій-фосфатного матеріалу (цирконію/біоскла/ГАП/ або композитного матеріалу) в поєднанні з іонами металів (Ag, Zn, Cu та ін.) для забезпечення заданого антибактеріального, остеокондуктивного, антирезорбційного та інших ефектів. В процесі резорбції в організмі покриття спричинятиме ефекти протягом всього терміну експлуатації імплантату, забезпечить міцний контакт керамічного матеріалу та металу, при лікуванні захворювань та новоутворень кісток, що дозволить швидше відновити функцію та опороздатність верхньої чи нижньої кінцівки на довгий строк, а також зменшити відсоток післяопераційних ускладнень та рецидивів.
9. Ортопедичне відділення, спеціалізоване онкологічне відділення, стоматологія, щелепно-лицьова хірургія, нейрохірургія. Необхідне технічне обладнання: установка газодетонаційного осадження.
10. Корисна модель відноситься до галузі медицини, зокрема до ортопедії, онкології, стоматології та і може бути використано для лікування хворих із захворюваннями кісток та травмами.
11. Немає.
12. Хірургічні ускладнення.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра травматології та ортопедії, тел. (044) 486-51-26.
14. ТОВ Б.К.Т. Імплант, м. Київ, просп. 40-річчя Жовтня, 30В; Інститут фізики напівпровідників ім. В.Є. Лакшорьова НАН України, м. Київ, просп. Науки, 41.
15. Бур'янов О.А., Чорний В.С. (0962555244), Проценко В.В., Ключ М.І., Цабій Л.І., Затовський І.В.

#### **Реєстр. № 241/5/18**

1. **СПОСІБ МАЛОІНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ.**
2. НДР «Оптимізація хірургічного лікування травм кінцівок та їх наслідків», 0117U007492, 2018-2022 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125128. МПК (2018) А61В 17/58 (2006.01). Спосіб малоінвазивного остеосинтезу переломів п'яtkової кістки / Бодня О.І.; заявник та патентовласник Бодня О.І. – № u201712822; заявл. 22.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Не подавалась.
7. Суть запропонованого технічного рішення полягає у дистракційній хірургії, яка ґрунтується на ефекті лігаментотаксису, де основним механізмом є вплив розтягуючих зусиль, що призводить, за наявності оточуючих місце перелому

непошкоджених м'яких тканин, до відновлення первісної форми п'яtkової кістки, а особливості проведення спиць забезпечують стабільність фіксації уламків шляхом нейтралізації дії сили тяги ахіллового сухожилка, що передбачає збереження кровопостачання і регенеративних властивостей зламаної кістки.

8. Використання запропонованого способу в практиці дозволить забезпечити з високим ступенем ефективності позитивний клінічний результат закритої репозиції п'яtkової кістки; зменшити об'єм і тривалість оперативного втручання у порівнянні з іншими видами остеосинтезу; знизити ймовірність розвитку інфекційних ускладнень після відкритої репозиції.
9. Шило, спиці Ілізарова та гіпсові бинти.
10. Всі типи внутрішньосуглобових переломів п'яtkової кістки.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. ВДНЗ України «Одеський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Бодня О.І. (0505306090).

### Реєстр. № 242/5/18

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯTKОВОЇ КІСТКИ.**
2. НДР «Оптимізація хірургічного лікування травм кінцівок та їх наслідків», 0117U007492, 2018-2022 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126436. МПК. Пристрій для черезкісткового остеосинтезу переломів п'яtkової кістки / Бодня О.І. – № u201711827; заявл. 04.12.2017; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Не подавалась.
7. Суть запропонованого технічного рішення полягає у відновленні анатомії п'яtkової кістки після її переломів за рахунок розробки зовнішнього пристрою, де конструкція удосконаленої репонууючої опори має більше ступенів рухомості уламків відносно один одного по довжині, висоті та під кутом; забезпечує стабільну їх фіксацію і візуальний контроль за відновленням підтаранного суглобу та величини бугорно-суглобового кута Bohler'a.
8. Практичне використання запропонованого пристрою для черезкісткового остеосинтезу в травматологічних відділеннях різного рівня дозволяє провести репозицію всіх типів переломів п'яtkової кістки; проводити дезімпакцію стрижнем задньої суглобової фасетки; усувати кутове зміщення шляхом низведення п'яtkового бугра; управляти уламками в горизонтальній, вертикальній і сагітальній площинах, зберігаючи при цьому функцію гомілково-стопного та підтаранного суглобів.
9. Деталі апарата Ілізарова, різьбові стрижні.
10. Всі типи переломів п'яtkової кістки.
11. Хронічний алкоголізм, наркоманія, шизофренія.
12. Поверхневі інфекційні ускладнення м'яких тканин навколо спиць та стрижня внаслідок грубих порушень хворим правил асептики та антисептики. Місцеве або внутрішнє застосування антибіотиків та видалення спиці чи стрижня.
13. ВДНЗ України «Одеський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Бодня О.І. (0505306090).

## Реєстр. № 243/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОНАРТРОЗУ.
2. НДР «Розробити диференційовані підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними соматичними захворюваннями, коморбідними з психопатологічними розладами», 0117U004309, 2017-2019 рр.
3. Терапія, фізіотерапія, артрологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122951. МПК (2017.01) А61Н 33/04 (2006.01), А61Н 33/06 (2006.01), А61Н 9/00, А61К 33/06 (2006.01), А61Р 19/02 (2006.01). Спосіб лікування гонартрозу / Бондар Ю.П., Бабова І.К., Гуща С.Г., Манасов М.М.; заявник і патентолвасник ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України». – № u201710502; заявл. 30.10.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Хворим на гонартроз призначаються перлинні ванни по черзі з бішофітними, по 5 процедур кожна.
8. Запропонований спосіб лікування дозволяє у досить короткий термін отримати виражений ефект, а саме – знизити або припинити больовий синдром у суглобах, підвищити толерантність до фізичних навантажень, покращити самопочуття та якість життя хворого на гонартроз. Під час послідовного використання перлинних та бішофітних ванн активізується кровообіг та зменшуються набряки за рахунок стабілізації відтоку лімфи. Даний ефект обумовлений м'язово-релаксуючою дією: зменшення запалення і болю і місцях кріплення зв'язок, сухожиль і м'язів до кісток призводить до розриву дуги рефлексу, що обумовлює формування стійкого м'язового спазму. При застосуванні способу лікування чітко простежується значне зменшення часу ранкової скутості або її відсутність. Розслаблюючий ефект перлинних ванн та всмоктування магнею кристалічного концентрату бішофіту Полтавського надає заспокійливий та знеболюючий ефект, благотворно впливає на нервову систему. Зменшення запалення та болю, зникнення почуття тривоги та депресії дозволяє використовувати цей спосіб при гонартрозах, коморбідних з психопатологічними розладами. Застосування в клінічній санаторно-курортній та реабілітаційній практиці бішофіту Полтавського є економічним та зручним завдяки маленькому розходу бішофіту на процедуру, зручності використання та зберігання. Знижується фармакоекономічна складова лікування даної категорії хворих.
9. Лікар, кристалічний концентрат бішофіт Полтавський, мірний стакан, ванни перлинні, серветки.
10. Розроблений спосіб лікування застосовують у хворих на гонартроз коморбідних з психопатологічними розладами.
11. Нещодавно перенесений гострий інфаркт, вади серця, серцева недостатність II А та вище; тромбоз, варикозне розширення вен; новоутворення доброякісної та злоякісної природи, інфекційні та гострі запальні захворювання або хронічні в стадії загострення, вагітність.
12. Спосіб лікування, за умов врахування протипоказань, фактично не має ускладнень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Клінічний санаторій «Аркадія» Державної прикордонної служби України.
15. Бондар Ю.П. (0674803779), Бабова І.К., Гуща С.Г., Манасов М.М.

## Реєстр. № 244/5/18



1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПОШКОДЖЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ МІННО-ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ ЗА «ШКАЛОЮ «ГКО».**
2. НДР «Розробити та впровадити нову комбіновану стандартизовану систему оцінки тяжкості пошкодження та стану постраждалого з сучасною бойовою травмою на тактичному (догоспітальному) та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги», 0118U003652, 2018 р.
3. Хірургія, ортопедія і травматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126433. МПК А61В 5/00. Спосіб оцінки тяжкості пошкодження постраждалих із мінно-вибуховою травмою в умовах бойових дій за «Шкалою «ГКО» / Гур'єв С.О., Кравцов Д.І., Ордатій А.В.; заявник і патентовласник Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України». – № u201711448; заявл. 23.11.2017; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки тяжкості пошкодження постраждалих із мінно-вибуховою травмою в умовах бойових дій, яку здійснюють за «Шкалою «ГКО» при якому визначають параметр пошкоджень та стан постраждалого, реєструють наявність ознак, які визначаються наявністю пошкоджень та їх характером, при наявності дефектів м'яких тканин визначають їх діаметр та розміри, далі встановлюють наявність/відсутність травматичної ампутації кінцівки/кінцівок або наявність/відсутність вогнепального перелому кісток, визначають стадію травми центрального судинного стовбура, оцінюють рівень порушення свідомості, вимірюють рівень та частоту систолічного артеріального тиску та визначають наявність зовнішньої кровотечі, визначають та вимірюють порушення функції зовнішнього дихання та його рівень, додатково для оцінки тяжкості стану враховують особливості пошкоджень, що характерні для бойової травми, відображають ці параметри у шкалі таблиці, присвоюючи кожному з них певну кількість балів, підставляють отримані дані у відповідні графи шкали таблиці та визначають загальну сумарну кількість балів, аналізують їх, і діагностують ступінь тяжкості стану постраждалого.
8. Завдяки запропонованій системі оцінки тяжкості стану постраждалого, спосіб дозволяє визначити адекватний комплекс лікувальних заходів на ранньому госпітальному етапі, швидко та з максимальною прогностичною можливістю визначити вірогідність розвитку травматичної хвороби у травмованих в умовах масового поступлення на ранньому госпітальному етапі та визначити черговість, послідовність та об'єм невідкладних заходів, можливість транспортування, що сприяє поліпшенню результатів лікування, покращенню якості життя постраждалого.
9. Шкала ГКО.
10. Для оцінки тяжкості стану постраждалого із мінно-вибуховими та вогнепальними пошкодженнями.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України». 02166, м. Київ, вул. Братиславська, 3.
14. Немає.
15. Гур'єв С.О., Кравцов Д.І., Ордатій А.В.

Реєстр. № 245/5/18

1. **СПОСІБ КРІПЛЕННЯ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ НА ГРУДНИНО-РЕБРОВОМУ КАРКАСІ.**
2. НДР «Розробити сучасні науково обґрунтовані принципи та заходи медичної реабілітації постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод», 0116U003044, 2016-2018 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 122460. МПК А61F 5/00. Спосіб кріплення апаратів зовнішньої фіксації на груднино-ребровому каркасі / Гур'єв С.О., Панасенко С.І., Максименко М.А., Кушнір В.А., Шуригін О.Ю., Резніченко Ю.В.; Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України». – № u201707351; заявл. 12.07.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Запропонований новий спосіб кріплення лікувальних конструкцій полягає в тому, що спиця проводиться підшкірно екстраплеврально поперечно до ребра через кортикальні шари нижньої та верхньої поверхонь відламку ребра. Спицю обов'язково проводять знизу вгору по відношенню до ребра, так, щоб при зісковзуванні кінчика спиці з нижнього краю ребра відводився міжреберний судинно-нервовий пучок без пошкодження останнього. Відразу після проходження верхнього кортикального шару ребра пальпаторно через шкіру визначають кінчик спиці і в його проекції роблять розтин шкіри 2-3 мм, що достатньо для проведення через нього стрижневої частини опорного елемента. Після занурення у розтин стрижневої частини опорного елемента, отвором нанизують опорний елемент на спицю. Спицю проводять далі, направляючи її рух за допомогою опорного елемента, який утримують за його пластинчасту частину.
8. Даний спосіб дозволяє забезпечити надійність і жорсткість закріплення апарата на груднино-ребровому каркасі, знизити травматичність операцій, підвищити ефективність лікування і розширити можливість їх застосування, покращити результати хірургічного лікування постраждалих з переломами груднини та реберної дуги та зменшити інвалідність та термін непрацездатності.
9. Стрижні даного апарата зовнішньої фіксації;спиця; дріль.
10. Розроблений апарат зовнішньої фіксації (АЗФ) і спосіб його кріплення дозволяють використовувати методику при позаосередковому остеосинтезі не лише ребер, але і при переломах груднини та реберної дуги. Консольний принцип конструкції апарата і способу його кріплення, що пропонуються, при переломах елементів груднино-ребрового каркасу (ГРК) дозволяє здійснювати репозицію, жорстку фіксацію відламків та усувати їх флотацію. При цьому забезпечується надійне і жорстке кріплення апарата на ГРК, виключається можливість порушення цілісності конструкції при випадкових механічних впливах на апарат. Розроблені принципи установки АЗФ не передбачають кріплення апарата за межами анатомічної ділянки грудної клітки, що дозволяє відновлювати і зберігати фізіологічність дихальних рухів, не обмежує активність хворого, сприяє більш сприятливим перебігу і наслідкам травматичної хвороби.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України». 02166, м. Київ, вул. Братиславська, 3.
14. Немає.

15. Гур'єв С.О., Панасенко С.І., Максименко М.А., Кушнір В.А., Шурігін О.Ю., Резніченко Ю.В.

## ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

### Реєстр. № 246/5/18

- СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ ЗІ ЩІЛЬНИМИ ЯДРАМИ ПРИ СИНДРОМІ РИГІДНОЇ РАЙДУЖКИ.**
- НДР «Особливості хірургічного лікування катаракти, глаукоми та інших захворювань органу зору в залежності від вікових змін та з урахуванням морфо-функціональних та клініко-біохімічних факторів їх розвитку», 0114U001911.
- Офтальмологія.
- З, D.
- Деклараційний патент України на корисну модель № 129521. МПК (2006.01) А61F 9/007. Спосіб хірургічного лікування катаракти з щільними ядрами при синдромі ригідної райдужки / Луценко Н.С., Ісакова О.А., Рудичева О.А., Михальчик Т.С., Крайній О.В.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201807218; заявл. 26.06.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
- Немає.
- В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення техніки факоемультсифікації катаракти з щільними ядрами при синдромі ригідної райдужки шляхом виведення цільного ядра в передню камеру, механічним розломом його та етапне видалення факофрагментів, що забезпечить безпечно та ефективно видалення особливо щільних кришталіків при наявності ригідної зіниці без застосування додаткового мідріазу механічним шляхом. Поставлена задача вирішується тим, що після досягнення повної ротації ядра, наконечник факоемультсифікатора вводиться в центр кришталіка та фіксує його за допомогою вакууму. Далі розгортають кришталік екваторіальною площиною на 50-55 градусів відносно сагітальної осі, що проходить через 6-12 годин. За допомогою шпателя, який фіксується в бічну екваторіальну поверхню ядра, що знаходиться в просвіті зіниці, виконується поступово «викручування», проти годинникової стрілки щодо наконечника, ядра в передню камеру. У моменти максимального натягу зіничного краю райдужної оболонки необхідно утримувати кришталік на високому вакуумі та одночасно шпателем механічно щадно «зняти» тканину райдужної оболонки з поверхні ядра. Після повного виведення ядра в передню камеру необхідно ввести адгезивний віскоеластик між задньою поверхнею рогівки та передньою поверхнею ядра. Надалі за допомогою двох шпательів загостреною конфігурації через протилежні рогівкові доступи необхідно провести розлом ядра в горизонтальній площині на дві частини. Після розлому ядра на дві частини тим же способом проводиться розлом фрагментів на потрібну кількість частин та їх факоемультсифікація безпосередньо в мішку. Далі проводиться аспірація залишкових мас кришталіків та імплантація ІОЛ.
- Клінічна ефективність: дозволяє зменшити ризик інтра- та післяопераційних ускладнень, за рахунок удосконалення технології факоемультсифікації із застосуванням щадної методики позакапсульної фрагментації ядра кришталіка. Соціальна ефективність: покращенні якості життя та зору хворих на катаракту за рахунок запобігання ускладнень та відновлення зорових функцій. Економічна ефективність: зменшення затрат на лікування, скорочення перебування на ліжках стаціонару.
- Факоемультсифікатор «LAUREATE WORLD PHACO SYSTEM».

10. Лікування катаракти зі щільними ядрами при синдромі ригідної райдужки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-01-92, кафедра очних хвороб.
14. Немає.
15. Луценко Н.С., Ісакова О.А., Рудичева О.А. (0503228163), Михальчик Т.С., Крайній О.В.

#### **Реєстр. № 247/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ УВЕАЛЬНОЇ МЕЛАНОМИ З ВИЗНАЧЕННЯМ ЇЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.**
2. НДР «Клінічне та експериментальне обґрунтування діагностики, лікування та профілактики рефракційних, дистрофічних, травматичних і запальних захворювань органу зору», 0117U002469, 2017-2019 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128714. МПК (2018.01), А61F 9/00, А61В 6/03, А61В 8/08, А61В 8/10, А61В 8/13. Спосіб діагностики увеальної меланоми з визначенням її локалізації / Риков С.О., Петренко О.В., Петренко І.М. – № u201801699; заявл.20.02.2018; опубл. 10.10. 2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики увеальної меланоми з визначенням її локалізації, який включає МРТ сканування ока в трьох проекціях з подальшою комп'ютерною обробкою даних та побудовою об'ємного 3D-зображення, з аналізом отриманих результатів.
8. Удосконалення діагностики увеальної меланоми з визначенням її локалізації. Це помітно підвищує точність топографічної локалізації пухлини і пропонується для впровадження в спеціалізованих офтальмологічних клініках. Перша відмінність полягає в тому, що додатково створюється математична еліптична модель очного яблука пацієнта на основі УЗД дослідження. Це дозволяє створити точну копію ока пацієнта. Друга відмінність полягає в тому, що в подальшому еліптичну модель інтегруємо з моделлю створеною на основі аналізу МРТ зображень. Це дозволяє створити об'ємну модель з проекцією пухлини на поверхню склери та можливістю визначення її координат та розмірів.
9. Хірург-офтальмолог першої категорії, лікарі-інтерни, лікарі-ординатори, хірургічний інструментарій, МР-томограф, кератотопограф.
10. Визначення точної внутрішньоочної локалізації увеальної меланоми, для подальшого проведення органо-зберігаючого лікування в спеціалізованих офтальмологічних центрах.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока».
15. Риков С.О., Петренко О.В., Петренко І.М.

#### **Реєстр. № 248/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ І ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРЕДНЬОЇ ПОВЕРХНІ ОКА.**

2. НДР «Клінічне та експериментальне обґрунтування діагностики, лікування та профілактики рефракційних, дистрофічних, травматичних та запальних захворювань органу зору», 0116U002821, 2016-2020 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 124560. МПК (2018) А61F 9/007. Спосіб ретроградного маркування гангліонарних клітин сітківки при експериментальній глаукомі низького тиску у щурів/ Агашков К.С., Краснякова М.Є., Рибачук О.А., Забенько Є.Ю., Дромарецький А.В., Войтенко Н.В., Риков С.О., Шаргородська І.В., Ніколайчук Н.С.; заявник і патентовласник Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України. – № u201711710; заявл. 30.11.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб лікування запальних і дегенеративних захворювань передньої поверхні ока включає використання протизапального впливу червоного поляризованого світла. Проводиться візометрія, рефрактометрія, офтальмометрія, пахіметрія, ОКТ переднього відрізка ока, ехобіометрія (визначення передньо-задньої вісі, глибини передньої камери, товщини кришталика), вимірювання кількості ендотеліальних клітин рогівки, кератотопографія, обчислювання заломлюючої сили рогівки, кришталика і ока в цілому, офтальмоскопія. Виконується курс Пайлер-світло терапії, 10 сеансів через день з використанням червоного фільтру апарату «Біоптрон». Світлові аплікації проводяться протягом 10 хвилин з відстані 30 см через закриті повіки. Визначено, що біологічна дія енергії світла реалізувалася шляхом фотохімічної трансформації в мітохондріях через взаємодію цитохром оксидази і впливу на енергетичні процеси всередині клітини, проліферацію, міграцію клітин, знешкоджуючи реактивні сполуки кисню. По результатам вимірювання візометрії, кількості ендотеліальних клітин рогівки, ОКТ переднього відрізка ока, пахіметрії, кератотопографії, ехобіометрії, офтальмоскопії оцінюється вид запального або дегенеративного захворювання передньої поверхні ока та критерії якості кінцевого результату.
8. Спосіб лікування запальних і дегенеративних захворювань передньої поверхні ока дозволяє зробити обґрунтований вибір тактики лікування при цій патології, попередити ускладнення, підвищує результат лікування запальних і дегенеративних захворювань передньої поверхні ока та допомагає у виборі подальшої реабілітації пацієнтів після оперативних втручань на оці.
9. Кабінет поліклініки офтальмологічний, лікар-офтальмолог, лікар-офтальмолог дитячий, апарат Рота, щілинна лампа, рефрактометр, офтальмометр, оптичний когерентний томограф переднього відрізка ока, пахіметр, ехобіометр, кератотопограф, кератометр, ІОЛ майстер, офтальмоскоп, калькулятор, апарат «Біоптрон».
10. Діагностика та лікування запальних і дегенеративних захворювань передньої поверхні ока.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Риков С.О., Шаргородська І.В. (0442321589), Леменева А.А.

**Реєстр. № 249/5/18**

## **1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ФОРІЇ.**

2. НДР «Клінічне та експериментальне обґрунтування діагностики, лікування та профілактики рефракційних, дистрофічних, травматичних та запальних захворювань органу зору», 0116U002821, 2016-2020 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 113759. МПК (2017) А61В 3/08. Спосіб визначення форії у дітей / Риков С.О., Шаргородська І.В., Алеєва Н.М., Коробов К.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201608885; заявл. 17.08.2016; опубл. 10.02.2017. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб визначення форії включає визначення форії за допомогою циліндра Меддокса і призм Френеля. Проводиться візометрія, рефрактометрія, офтальмометрія, офтальмоскопія, визначення форії. Визначено, що завдяки використанню призм Френеля отримана можливість визначити форію від 0,5ΔД до 30,0ΔД оскільки набір призмових компенсаторів косоокості КК-42 має лінійку призм від 0,5ΔД до 30,0ΔД. По результатам вимірювання форії оцінюється вид форії (екзо-, езо- і гіперфорії), необхідна оптична корекція та критерії якості кінцевого результату.
8. Спосіб визначення форії дозволяє зробити обґрунтований вибір тактики лікування, підібрати правильну оптичну корекцію, виявити наявність гетерофорії і правильно скорегувати її лікування, попередити ускладнення, підвищує результат лікування з формуванням високих зорових функцій з корекцією та допомагає у досягненні високих сенсорних функцій.
9. Кабінет поліклініки офтальмологічний, лікар-офтальмолог, лікар-офтальмолог дитячий, апарат Рота, щілинна лампа, рефрактометр, офтальмометр, офтальмоскоп, циліндр Меддокса (RMH), набір призмових компенсаторів Френеля КК-42, калькулятор.
10. Діагностика та лікування форії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Риков С.О., Шаргородська І.В. (0442321589), Алеєва Н.М.

#### **Реєстр. № 250/5/18**

1. **СПОСІБ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ МІОПІЧНОГО ФОВЕОШИЗИСУ.**
2. НДР «Розробка діагностичних критеріїв морфологічних змін оболонки очного яблука при запальних та дегенеративних захворюваннях за даними спектральної оптичної когерентної томографії», 0117U004738, 2017-2019 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125041. МПК (2018.01): А61F 9/00, А61В 3/00, А61В 8/10 (2006.01) А61В 8/00 Спосіб експериментального прогнозування перебігу міопічного фовеошизису / Ульянова Н.А., Шакун К.С. ; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. – № u201712154; заявл. 11.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.

7. Прогнозування перебігу міопічного фовеозизису проводиться наступним чином: виконують спектральну оптичну когерентну томографію сітківки, на отриманих сканограмах вимірюють середню відстань між мікропорожнинами і визначають ризик прогресування фовеозизису за формулою  $\delta l / \Delta l \geq 1$  де:  $\delta l$  - лінійний розмір області пластичного напруження, який розраховують аналітично з усереднених значень лінійних розмірів мікропорожнин та внутрішньоочного тиску,  $\Delta l$  – середня відстань між мікропорожнинами, і при значеннях  $\geq 1$  визначають високий ризик прогресування фовеозизису, а при значеннях  $\ll 1$  констатують низький ризик прогресування фовеозизису.
8. Спосіб, завдяки отриманню точних значень показників стану сітківки, дозволяє об'єктивно судити про перебіг фовеозизису, що в свою чергу дозволить своєчасно призначити адекватне лікування.
9. Спектральний оптичний когерентний томограф.
10. Оцінка прогресування фовеозизису при високій осьовій міопії.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Одеський національний університет ім. І.І. Мечнікова, 65082, м. Одеса, вул. Дворянська, 2.
15. Ульянова Н.А. (0674832431), Венгер Л.В., Шакун К.С.

#### Реєстр. № 251/5/18

1. **СПОСІБ ПЕРЕВІРКИ ГОСТРОТИ ЗОРУ ЗА ДОПОМОГОЮ МОДИФІКОВАНИХ ТАБЛИЦЬ ETDRS З УКРАЇНСЬКИМИ ОПТОТИПАМИ.**
2. НДР «Клініко-морфологічні зміни структур ока при дегенеративних захворюваннях органа зору», 0114U001456, 2014-2018 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117908. МПК А61В 3/032. Спосіб перевірки гостроти зору за допомогою модифікованих таблиць ETDRS з українськими оптотипами / Безкоровайна І.М., Ткаченко М.К., Наконечний Д.О.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u 201701359; заявл. 13.02.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Для перевірки гостроти зору в більшості зарубіжних країн удосконалюється система візометрії за різними параметрами. В Україні використовуються таблиці Головіна-Сівцева та кільця Ландольта, які побудовані за децимальною шкалою. Пропорційно протилежною є система LogMAR (логарифм мінімального кута розширення) в таблицях EDTRS, яка включає підрахунок кількості правильно прочитаних оптотипів, що надає можливість більш точного визначення гостроти зору та лишається золотим стандартом перевірки гостроти зору. Через різницю методів наші клініцисти та науковці полишені можливості співставлення та обговорення результатів візометрії в клінічному та науковому плані. Задача вирішується шляхом створення способу для перевірки гостроти зору за допомогою модифікованих таблиць ETDRS, який включає проведення тестової проби на здатність органа зору розрізняти деталі оптотипів під кутом зору в 1 хвилину в стандартних умовах освітлення з 4 метрів, який відрізняється тим, що застосовуються запропоновані авторські таблиці, де оптотипи представлені українськими літерами (С,Е,Н,Р,И,В,О,К,Х,М), оцінка гостроти зору здійснюється за кількістю правильно

прочитаних оптотипів пацієнтом, з перерахуванням результатів за відомою формулою у логарифмічну шкалу, а потім у десяткову, причому між рядками 20/200 – 20/32 та 20/20 – 20/10 дотримується рівний інтервал 0,1 log, за шкалою log scale, а між рядками 20/32 – 20/20 розміщено два додаткові рядки 20/28 і 20/22, що розділені інтервалом 0,05 log та відповідають гостроті зору 0,71 й 0,9 відповідно до децимальної шкали; гостроту зору кожного ока в інтервалі 20/200 – 20/10 визначають використовуючи різні таблиці ETDRS з українськими оптотипами, для запобігання запам'ятовуванню оптотипів пацієнтом.

8. Спосіб дозволяє оцінити гостроту зору за золотим стандартом у пацієнтів, що не знають латинських літер; надає можливість корекції гостроти зору для далі за рахунок встановлення правильної геометричної прогресії за децимальною шкалою між рядками 20/32 та 20/20; зменшує час проведення досліджень гостроти зору за використання таблиць №3 та №4; виявляє можливість розуміння отриманих результатів візометрії лікарями та науковцями інших країн.
9. Модифіковані таблиці ETDRS з українськими оптотипами №1, №2, №3, №4, щиток, добре освітлена кімната.
10. Оцінка гостроти зору у пацієнтів з різноманітною офтальмологічною патологією.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». м. Полтава, вул. Шевченка 23.
14. Немає.
15. Безкоровайна І.М., Ткаченко М.К. (0664128027), Наконечний Д.О.

#### Реєстр. № 252/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ ЗА КРИСТАЛОГРАФІЧНИМИ ВІДМІННОСТЯМИ СЛЬОЗИ.**
2. НДР «Клініко-морфологічні зміни структур ока при дегенеративних захворюваннях органа зору», 0114U001456, 2014-2018 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118333. МПК А61F 9/00, G01N 33/487. Спосіб прогнозування розвитку діабетичної ретинопатії за кристалографічними відмінностями сльози / Безкоровайна І.М., Наконечний Д.О., Ткаченко М.К.; заявник та патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – № u201610330; заявл. 10.10.2016; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. У більшості зарубіжних країн активно вивчаються неінвазивні способи та розповсюджені лабораторні методики, що базуються на вивченні біохімічного та імунологічного складу сльози при різних формах діабетичної ретинопатії. Тож, в даний час перспективною є альтернативна методика - нативна кристалографія сльози, яка досить проста у застосуванні. Задача вирішується шляхом створення способу для прогнозування розвитку діабетичної ретинопатії специфічними ознаками кристалоутворення фації сльози, який відрізняється тим, що широка проміжна зона та дрібні точкові вкраплення в аморфній та у проміжній зоні фації сльози характерні для непроліферативної форми діабетичної ретинопатії; патологічне кристалоутворення в аморфній зоні фації сльози з переважанням кристалів великих розмірів та широка проміжна зона характерні для препроліферативної форми діабетичної ретинопатії; підвищення щільності розташування кристалів та поодинокі кристали бурого кольору в центральній зоні фації сльози характерні для проліферативної форми діабетичної ретинопатії;



- наявність кристалів солей неправильної форми з невпорядкованим розташуванням та відсутністю галуження основного стовбура 3-го й 2-го порядку в центральній зоні фації сльози характерно для розвитку стадій діабетичної ретинопатії, що свідчить про подальше збільшення тяжкості непроліферативної форми діабетичної ретинопатії та є ризиком розвитку проліферативних змін на сітківці.
8. Спосіб дає можливість прогнозувати розвиток діабетичної ретинопатії за специфічними ознаками кристалоутворення фації сльози, який удосконалює та доповнює уже наявні способи встановлення та прогнозування розвитку форми діабетичної ретинопатії. Позитивним ефектом даного способу є: 1) наявність специфічних ознак, які відповідають морфологічним змінам сітківки на різних стадіях діабетичної ретинопатії та можливість прогнозування ризику переходу непроліферативної стадії діабетичної ретинопатії в проліферативну; 2) доступність, простота у використанні та неінвазивний характер методу.
  9. Світловий мікроскоп, предметне скло, пробірка Епендорфа, градуйована піпетка, груша, шприц 1,0 мл, біосубстрат (сльоза).
  10. Прогнозування розвитку діабетичної ретинопатії.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
  14. Немає.
  15. Безкорвайна І.М., Наконечний Д.О. (0951500600), Ткаченко М.К.

## ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

### Реєстр. № 253/5/18

1. **МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ХІРУРГІЇ ТА РАДІОХВІЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ І ПРЯМОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Проктологія, патологічна анатомія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Після оперативних втручань методом радіохвильової та високочастотної хірургії проводилось морфологічне (морфометричне) дослідження тканин з метою вивчення глибини їх некрозу. При морфологічному дослідженні було встановлено, що при використанні апарату радіохвильової хірургії “Surgitron” відбувається збереження тканинної структури з утворенням по краю розрізу тонкого шару коагуляційного некрозу (шару карбонізації), середня глибина якого становила  $0,165 \pm 0,11$  мм. При використанні електрохірургічного методу розріз тканин відбувається за рахунок їх розсічення і коагуляції з контролем гемостазу та утворенням тонкого шару коагуляційного некрозу, середня товщина якого становила  $0,286 \pm 0,15$  мм при застосуванні апарату високочастотної електрохірургії “ERBE ICC 200”. Для порівняння проводили аналогічне дослідження тканин анального каналу і прямої кишки після застосування металевого хірургічного скальпеля.

8. Вплив на тканину при використанні радіохвильового та високочастотного електрохірургічного методу був мінімальним, що сприяло формуванню косметичного післяопераційного рубця, запобігало виникненню рубцевих стриктур анального каналу, а також призводило до швидшого загоєння ран та більш швидкої реабілітації у пацієнтів досліджуваної групи.
9. Патоморфологічна лабораторія; мікроскоп Axiostar plus (ZEISS).
10. Для морфологічної оцінки дії радіохвильової та високочастотної електрохірургії при оцінці ефективності лікування поєднаної патології прямої кишки і анального каналу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня.
15. Курик О.Г. (0676471735), Балицький В.В. (0972359685), Захараш М.П. (0933307022).

#### Реєстр. № 254/5/18

1. **СПОСІБ ХРОМАТО-МАС-СПЕКТРОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ХОЛЕСТЕРОЛУ, СТЕАРИНОВОЇ ТА ПАЛЬМІТИНОВОЇ КИСЛОТ В БІОЛОГІЧНОМУ МАТЕРІАЛІ.**
2. НДР «Дослідження інвазивно-метастатичних властивостей пухлин і їх ранне прогнозування в біоптатах хворих», 0114U000967, 2014-2016 рр.
3. Патологічна анатомія.
4. 1+,А.
5. Патент України на винахід № 116968. МПК (2006.01) G01N 30/02, G01N 30/00, G01N 30/04, G01N 30/72, G01N 33/483. Спосіб хромато-мас-спектрометричного визначення холестеролу, стеаринової та пальмітинової кислот в біологічному матеріалі» / Туманський В.О., Варинський Б.О, Фень С.В.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201610030; заявл 03.10.2016; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Оптимізований спосіб визначення холестеролу, стеаринової та пальмітинової кислот для більш детальної діагностики захворювань органів пов'язаних з порушенням метаболізму ліпідів з використанням хромато-мас-спектрометричного методу.
8. Підвищення ефективності, селективності виявлення та більш детальної діагностики холестеролу, стеаринової та пальмітинової кислот в біопсійному та секційно-аутопсійному матеріалі при захворюваннях, пов'язаних з порушенням метаболізму ліпідів.
9. Внутрішні стандарти холестеролу, стеаринової та пальмітинової кислот, хроматограф з мас-детектором.
10. Патогістологічна, клініко-аналітична хімія та судово-хімічна діагностика хворих з порушенням метаболізму ліпідів.
11. Немає.
12. Хибне визначення речовин з однаковими молекулярними масами для усунення можливої помилки слід використовувати якісні внутрішні стандарти та паралельне використання мас-спектрів, що містяться в базі даних Національного інституту стандартів і технологій (NIST 17), вірне налаштування хромато-мас-спектрометра.

13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра патологічної анатомії і судової медицини, кафедра фізикоїдної хімії.
14. Немає.
15. Гуманський В.О., Варинський Б.О., Фень С.В.

#### Реєстр. № 255/5/18

1. **СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Дослідити місцеві імуноморфологічні реакції легеневої тканини хворих при хронічному туберкульозному запаленні», 0116U000187, 2016-2018 рр.
3. Патологічна анатомія.
4. 2-,В.
5. Патент України на корисну модель № 118754. МПК А61В 10/00, G01N 1/00, G01N 1/30 (2006.01), G01N 33/577 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01), G01N 33/50 (2006.01). Спосіб морфологічної діагностики туберкульозної інфекції / Ліскіна І.В., Білогорцева О.І., Шпак О.І., Мельник О.О., Стеблина В.Є., Кузовкова С.Д., Загаба Л.М.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201701953; заявл. 01.03.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Суть нововведення, яке пропонується для впровадження, полягає в тому, що досліджують біоптати бронхів та/або фрагменти легеневої тканини, здійснюючи їх проводку у висхідних розчинах спиртів та заливку в парафінові блоки з наступним виготовленням гістопрепаратів, проводять імуногістохімічне фарбування гістопрепаратів на автостейнері з обробкою останніх промисловим поліклональним антитілом до *Mycobacterium tuberculosis* та наступним дозобарвленням зрізів вручну гематоксиліном і заключенням їх у бальзам, проводять мікроскопічне дослідження отриманих гістопрепаратів на світловому мікроскопі при збільшенні  $\times 100$ ,  $\times 400$  та  $\times 1000$  і при визначенні інтенсивного жовто-коричневого або коричневого грудкового забарвлення цитоплазми у клітинах, позаклітинних скупчень таких грудочок та виявленні позаклітинних скупчень паличок світло-коричневого кольору з червоною опалесценцією – діагностують туберкульозну інфекцію, а при відсутності таких ознак чи при виявленні фонового забарвлення у вигляді жовтуватого кольору позаклітинної рідини, незначної кількості клітин із слабким жовтуватим дифузним однорідним забарвленням їх цитоплазми – відсутність туберкульозної інфекції.
8. Застосування нововведення дозволяє стандартизувати та технологічно спростити імуногістохімічне дослідження, підвищити загальну ефективність прижиттєвої гістологічної діагностики туберкульозної інфекції до 77,78 %.
9. Мікроскоп, обладнання для традиційного виготовлення гістопрепаратів, промислове поліклональне антитіло до *Mycobacterium tuberculosis*, автостейнер, реактиви для імуногістохімічної обробки зрізів.
10. Наявність випадків, коли відмічаються атипові клінічні ознаки захворювання на туберкульоз, нечіткі прояви хвороби, особливо у дітей, людей літнього віку, осіб з порушеним імунітетом.
11. Немає.
12. Дефекти при виконанні імуногістохімічного забарвлення, помилки при аналізі отриманих зрізів тканини. Дослідження має виконувати досвідчений фахівець, відповідно аналіз гістологічних зрізів проводиться досвідченим патологоанатомом, який володіє знаннями у цій галузі роботи.

13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Ліскіна І.В., Білогорцева О.І., Шпак О.І., Мельник О.О., Стеблина В.І., Кузовкова С.Д., Загаба Л.М. (0442755511).

#### Реєстр. № 256/5/18

1. **СПОСІБ ВІДТВОРЕННЯ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ПРИ ЦИРОЗІ.**
2. НДР «Розробити та обґрунтувати способи корекції фіброзних змін печінки при хронічному гепатиті та цирозі печінки», 0116U008927.
3. Анатомія людини.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 111669. МПК (2006.01) G09В 23/28. Спосіб відтворення тканини печінки в експерименті при цирозі / Запорожан В.М., Холодкова О.Л., Юзвак О.М., Нескоромна Н.В., Ромак О.І.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. – № а201500877; заявл. 06.04.2015; опубл. 10.12.2015. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Відтворення тканини печінки в експерименті шляхом введення збагаченої тромбоцитами плазми внутрішньопечінково з подальшим патоморфологічним та біохімічним дослідженнями.
8. Запропонований метод зручний у використанні, дешевий, не потребує складних приладів та спеціалізованих умов, не потребує імуносупресії.
9. Лікар та медична сестра, які володіють методикою.
10. Цироз печінки.
11. Немає.
12. Можлива кровотеча.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Немає.
15. Холодкова О.Л., Ромак О.І., Кожухаренко Т.І. (0487123139).

#### Реєстр. № 257/5/18

1. **СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ УШКОДЖУЮЧОЇ ДІЇ ХРОНІЧНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ НА ПЕЧІНКУ ПЛОДА.**
2. НДР «Вплив плодово-материнської інфекції на ембріогенез та фетогенез нащадків (клініко-морфологічне дослідження)», 0115U000987, 2015-2019 рр.
3. Патологічна анатомія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 113486. МПК А61В 10/00, G01N 33/48. Спосіб морфологічної діагностики ушкоджуючої дії хронічної внутрішньоутробної гіпоксії на печінку плода / Сакал Г.О., Марковський В.Д., Андросов Є.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201604322; заявл. 19.04.2016; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Спосіб морфологічної діагностики ушкоджуючої дії хронічної внутрішньоутробної гіпоксії на печінку плодів щурів: на 21 добу гестації, визначають об'єм гепатоцитів з визначенням площі цих клітин, їх ядер і цитоплазми, об'єму ядер і цитоплазми, ядерно-цитоплазматичного індексу, а також щільності гепатоцитів в 1 мм<sup>2</sup> гістологічного препарату тканини досліджуваного органу і порівнюють отримані

дані з такими в контрольній групі тварин. The method of morphological diagnostics of damaging effects of chronic intrauterine hypoxia on rats' fetuses liver: on the 21st day of gestation determines volume of hepatocytes from determination of area of these cells, their nuclei and cytoplasm, volume of nuclei and cytoplasm, nuclear cytoplasmic index, as well as density of hepatocytes in 1 mm<sup>2</sup> in histological slide of investigated organ and compare findings with those in control group of animals.

7. Спосіб морфологічної діагностики пошкодження печінки плодів, народжених від матерів із прееклампсією, що включає визначення об'єму даного органу, а також абсолютного об'єму гепатоцитів, центральних вен, синусоїдів, жовчних проток і порталних трактів на термін гестації 37-40, який відрізняється тим, що ушкоджуючу дію хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (ХВГ) на печінку плодів щурів на 21 добу гестації констатують шляхом додаткового до об'єму гепатоцитів визначення площі цих клітин, їх ядер і цитоплазми, об'єму ядер і цитоплазми, ядерно-цитоплазматичного індексу (ЯЦІ), а також щільності гепатоцитів в 1 мм<sup>2</sup> гістологічного препарату тканини досліджуваного органу й, у разі виявлення: збільшення площі клітин від 48,07 до 50,39 мкм<sup>2</sup>, їх ядер – від 26,23 до 27,49 мкм<sup>2</sup> й цитоплазми – від 21,84 до 22,90 мкм<sup>2</sup>, об'єму гепатоцитів від 256,03 до 268,39 мкм<sup>3</sup>, їх ядер – від 103,71 до 108,71 мкм<sup>3</sup> й цитоплазми – від 152,32 до 159,68 мкм<sup>3</sup>, а також ЯЦІ – від 0,69 до 0,73 і, у той же час, зменшення щільності клітин від 14859,39 до 15539,13 в 1 мм<sup>2</sup> препарату тканини печінки, діагностують в якості причини зазначених змін у даному органі саме ХВГ.
8. Медичні – спосіб дозволяє більш об'єктивно судити про пошкоджуючу дію ХВГ на печінку плода. Соціальні – своєчасне надання вагітним жінкам відповідної медичної допомоги. Економічні – скорочення фінансових витрат.
9. Реактиви для стандартної гістологічної проводки, гістологічні мікропрепарати, стандартне обладнання гістологічної лабораторії, лаборант-гістолог, мікроскоп, персональний комп'ютер.
10. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Марковський В.Д., Сакал Г.О. (0679709717), Андросов Є.Д.

#### Реєстр. № 258/5/18

1. **СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖУЮЧОЇ ДІЇ ХРОНІЧНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ НА КОРУ НАДНИРНИКІВ ПЛОДА.**
2. НДР «Вплив плодово-материнської інфекції на ембріогенез та фетогенез нащадків (клініко-морфологічне дослідження)», 0115U000987, 2015-2019 рр.
3. Патологічна анатомія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115178. МПК А61В 10/00, G01N 33/48. Спосіб морфологічної діагностики пошкоджуючої дії хронічної внутрішньоутробної гіпоксії на кору наднирників плода / ТОВАЖНЯНЬСЬКА В.Д., СОРОКІНА І.В., АНДРОСОВ Є.Д.; Харківський національний медичний університет. – № а201510954; заявл. 09.11.2015; опубл. 25.09.2017. Бюл. № 18.
6. Спосіб морфологічної діагностики пошкоджуючої дії хронічної внутрішньоутробної гіпоксії на наднирники плодів щурів: на 21 добу гестації визначають ширину клубочкової, пучкової й фетальної зон кори наднирників в абсолютних числах і в процентному співвідношенні, щільність клітин у них (кількість на одиниці площі –

- у полі зору), площу останніх та їх ядер. The method of morphological diagnostics of damaging effect of chronic intrauterine hypoxia on rats' fetuses' adrenal glands: on the 21st day of gestation determines width of zona glomerulosa, zona fasciculate and fetal zone of adrenal cortex in absolute numbers and in percentages, density of cells in them (the number per unit area - in the field sight), area of cells and their nuclei.
7. Спосіб морфологічної діагностики пошкоджуючої дії хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (ХВГ) на кору наднирників плода, що включає дослідження діаметра клітин та їх ядер у пучковій зоні кори даних залоз на певний термін гестації, який відрізняється тим, що в плода щура на 21 добу гестації визначають ширину клубочкової, пучкової й фетальної зони кори наднирників, кількість аденцитів у них, площу цих клітин та їх ядер і, у разі виявлення: зменшення ширини клубочкової зони кори залоз в абсолютних числах від 25,54 до 24,54 мкм і кількості аденцитів у ній від 81,89 до 71,11 у полі зору, у той же час, збільшення ширини даної зони в процентному співвідношенні від 17,09 до 18,01%, площі клітин у ній від 34,75 до 35,81 мкм<sup>2</sup> та їх ядер від 11,69 до 12,00 мкм<sup>2</sup>; збільшення ширини пучкової зони кори наднирників в абсолютних числах від 56,05 до 59,83 мкм і в процентному співвідношенні від 39,50 до 41,40%, площі ядер аденцитів у ній від 23,17 до 23,75 мкм<sup>2</sup>, а також зменшення кількості клітин від 214,49 до 213,48 у полі зору й площі останніх від 63,27 до 62,21 мкм<sup>2</sup>; зменшення ширини фетальної зони кори залоз в абсолютних числах від 60,88 до 59,12 мкм і в процентному співвідношенні від 42,62 до 41,38%, площі аденцитів у ній від 72,11 до 71,85 мкм<sup>2</sup> та їх ядер від 22,16 до 21,92 мкм<sup>2</sup>, а також збільшення кількості клітин від 133,52 до 144,68 у полі зору, діагностують в якості причини зазначених змін у корі наднирників саме ХВГ.
  8. Медичні – спосіб дозволяє більш об'єктивно судити про пошкоджуючу дію ХВГ на наднирники плода. Соціальні – своєчасне надання вагітним жінкам відповідної медичної допомоги. Економічні – скорочення фінансових витрат..
  9. Реактиви для стандартної гістологічної проводки, гістологічні мікропрепарати, стандартне обладнання гістологічної лабораторії, лаборант-гістолог, мікроскоп, персональний комп'ютер, калькулятор.
  10. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Сорокіна І.В., Товажнянська В.Д. (0957593208), Андросов Є.Д.

## ПЕДІАТРІЯ

### Реєстр. № 259/5/18

1. **СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики, лікування та прогнозування соціально-значених захворювань респіраторної системи у дітей різного віку», 0117U002358, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 1+,В.
5. Немає.
6. Немає.

7. Суть нововведення полягає в застосування антибактеріального препарату Ніфуроксазиду вітчизняного виробника при лікуванні гострих кишкових інфекцій у дітей, що значно зменшує вартість терапії та не знижує її ефективність. Так, при використанні Ніфуроксазиду виробництва ПАО НПЦ «Борщагівський ХФЗ», порівняно із аналогічним препаратом іншого виробника, зростав ризик швидших темпів зникнення патологічних змін з боку шлунково-кишкового тракту, а саме здуття, вурчання в животі, посилення перистальтики кишківника, чутливості при пальпації по ходу кишківника (СШ = 2,1, 95% ДІ 0,5-8,1).
8. Застосування антибактеріального препарату Ніфуроксазиду вітчизняного виробника при лікуванні гострих кишкових інфекцій у дітей значно зменшить вартість терапії не знижуючи її ефективності. Медична ефективність: покращання результатів лікування гострих кишкових інфекцій у дітей внаслідок застосування антибактеріального препарату Ніфуроксазиду вітчизняного виробника. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних лікуванні гострих кишкових інфекцій у дітей. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей шляхом використання антибактеріального препарату Ніфуроксазиду вітчизняного виробника
9. Антибактеріальний препарат вітчизняного виробника Ніфуроксазид.
10. Препарат Ніфуроксазид вітчизняного виробництва застосовується у дітей хворих на гострі кишкові інфекції.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Колоскова О.К. (0372538317), Безруков Л.О. (0372528470), Марусик У.І. (095694310), Іванова Л.А. (0509422098), Гарас М.Н. (0944491324).

#### **Реєстр. № 260/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121384. МПК (2017.01) А61К 31/00, А61Р1/00. Спосіб лікування лактазної недостатності в дітей раннього віку / Сорокман Т.В., Сокольник С.В., Попелюк Н.О.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201702410; заявл. 15.13.2017; опубл.11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Проблему лікування лактазної недостатності (ЛН) не можливо вирішити, використовуючи тільки окремі групи препаратів. Необхідна комплексна дія, яка передбачає призначення засобів, що поліпшують функцію печінки, володіють протизапальними властивостями, адсорбуючою дією (зв'язування і виведення токсинів, продуктів життєдіяльності умовно-патогенної флори). Окрім того, важливою вимогою до лікарських засобів, що використовуються для лікування ЛН, є відсутність у їх складі дисахариду лактози. Такій вимозі відповідають біопрепарати нормофлорини, які є низьколактозними продуктами, що містять від 0 до 3% лактози та приготовані на молочному гідролізаті, який містить залишкові

молочні протеїни. У процесі приготування препаратів протеїни переходять в олігопептиди, дипептиди і амінокислоти. Саме тому застосування природних і рослинних речовин цілеспрямованої дії в програмах комплексної корекції ЛН можна вважати виправданим і доцільним.

8. Підвищення ефективності лікування ЛН у дітей, досягнення швидкої нормалізації як порожнинного та пристінкового складу мікробіоти кишечника в дітей. Медична ефективність: покращання результатів лікування ЛН у дітей внаслідок застосування низьколактозного комплексного препарату, який покращує місцевий імунітет, має детоксикуючу та сорбуючу дію, відновлює мікробіоценоз шлунково-кишкового тракту, а також вміщує фермент лактазу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що проявляється у підвищенні місцевого імунітету та зменшенні проявів синдрому мальабсорбції. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на ЛН шляхом підвищення ефективності лікування з використанням у схемі комплексного препарату, що нейтралізує патогенну мікрофлору, стимулює зростання нормофлори і вироблення секреторних імуноглобулінів, посилює перистальтику кишечника, сприяє швидкій евакуації патогенних мікроорганізмів та їх токсинів із організму, забезпечує більш стійкі результати лікування.
9. Препарат, що містить активні живі клітини лактобактерій і біфідобактерій, збалансовану композицію пробіотичних речовин, необхідних для здійснення фізіологічних процесів і підтримання вмісту замінних і незамінних амінокислот та глікопротеїдний комплекс, що входить до складу клітинної стінки бактерій, а також ферменти.
10. Застосування низьколактозних харчових сумішей, замісної ферментативної терапії та призначення низьколактозного біофітопрепарату двічі на день за 30 хвилин до прийому їжі дітям віком до 1 року по 2 мл, від 1 року до 2 років по 2,5 мл, від 2 років до 3 років по 5 мл впродовж 2 тижнів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел.(0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### **Реєстр. № 261/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121382. МПК (2017.01) А61К 31/00, А61Р 1/04 (2006.1). Спосіб лікування виразки дванадцятипалої кишки в дітей / Сорокман Т.В., Лозюк І.Я., Васкул Н.Я.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201702401; заявл. 15.13.2017; опубл.11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Результати лікування та профілактики виразки дванадцятипалої кишки (ВДПК) у дітей недостатньо задовільні, незважаючи на синтез нових поколінь ліків, розробку і впровадження нових схем і підходів, включаючи ерадикацію *H. pylori*. Практичні лікарі все частіше реєструють випадки резистентності *H. pylori* до відомих



антибактеріальних препаратів, тому активно розробляються нові схеми лікування з урахуванням всіх ланок патогенезу. Одним із істотних факторів ульцерогенезу є судинно-ендотеліальна дисфункція, внаслідок якої порушується мікроциркуляція з утворенням трофічних порушень, зниження кровотоку слизової оболонки шлунка та ДПК. Як правило, локальне зниження регіонарного кровотоку, розлад мікроциркуляції, що супроводжується розвитком тканинної гіпоксії, призводять до порушень регенерації слизової оболонки з подальшою активізацією катаболічних процесів і переважанням апоптозу. Ці ж порушення зумовлюють розвиток ускладненого перебігу ВДПК. Враховуючи зростання поширеності ВДПК серед дитячого населення та резистентність до традиційних лікарських засобів є необхідним включення в комплексне лікування патогенетично обґрунтованих медикаментозних засобів. Перспективним є включення в лікувальні схеми препаратів – донаторів монооксиду нітрогену (NO).

8. Підвищення ефективності лікування ВДПК у дітей, зменшення вираженості інтоксикаційного, больового та диспепсичного синдромів, прискорення процесів репарації слизової оболонки при ендоскопічному дослідженні. Медична ефективність: покращання результатів лікування ВДПК у дітей внаслідок застосування препарату, що містить донатор NO, який нормалізує тонус прекапілярів, покращує функціональний стан ендотелію судин, володіє цитопротекторною та мембраностабілізуючою дією. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що проявляється в зниженні проявів больового синдрому внаслідок швидкої епітелізації виразкового дефекту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на ВДПК шляхом підвищення ефективності лікування з використанням у схемі комплексного препарату, що містить донатор NO, зменшення тривалості перебування хворого на стаціонарному лікуванні, забезпечення більш стійких результатів лікування.
9. Препарат, що містить донатор NO.
10. Стандартна протокольна терапія (кларитроміцин 10 мг/кг двічі за добу + амоксицилін 500 ОД двічі за добу + де-нол по 0,12 г тричі за добу впродовж 7 днів) та препарат, що містить донатор NO, по 5 мл 3 рази на добу під час прийому їжі впродовж 2 тижнів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел.(0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### Реєстр. № 262/5/18

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ ДИСБІОЗУ КИШЕЧНИКА В ДІТЕЙ.
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121383. МПК (2017.01) G01N 33/50, C12O 1/00. Спосіб діагностики ступеня дисбіозу кишечника в дітей / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201702406; заявл. 15.03.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.

7. Методи діагностики дисбіозу кишечника людини, що використовуються в клінічній практиці, засновані на бактеріологічному аналізі калу. В даний час альтернативу бактеріологічним дослідженням становлять непрямі методи, до яких відносяться тести, засновані на вивченні метаболітів мікрофлори. Розроблено та впроваджено в практику спосіб діагностики стану мікрофлори кишечника, заснований на визначенні коротко ланцюгових жирних кислот (КЖК), що є метаболітами в основному анаеробних мікроорганізмів методом газорідного хроматографічного аналізу.
8. Підвищення ефективності діагностики дисбіозу кишечника у дітей. Медична ефективність: покращання результатів діагностики дисбіозу кишечника у дітей внаслідок застосування валідного та неінвазивного методу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності діагностики, що проявляється у використанні простого та неінвазивного методу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику шляхом використання простого та точного методу (чутливість становить 91,1% та специфічність 90%).
9. Визначення індексу ізокилот (ІК), анаеробного індексу (АІ), загального рівня метаболітів (ЗРМ) коротко ланцюгових жирних кислот (КЖК) та за їх показниками встановлення ступеня дисбіозу кишечника.
10. Встановлюють ступінь дисбіозу кишечника: I ступінь: ЗРМ 6,7, АІ 0,67, ІК 0,15; II ступінь: ЗРМ 6,0, АІ 0,57, ІК 0,20; III ступінь ЗРМ: 5,5, АІ 0,47, ІК 0,25).
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### **Реєстр. № 263/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та цитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 118794. МПК (2017.01) А61К 35/741, 35/745, 35/747; А61Р 1/00, 3/00. Спосіб лікування дисбактеріозу кишечника в дітей раннього віку / Сорокман Т.В., Макарова О.В., Попелюк Н.О.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201702400; заявл. 15.03.2017; опубл.28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Фундаментальні медико-біологічні дослідження, що проводяться в нашій країні та за кордоном протягом останніх років, надали наукове обґрунтування різних позитивних ефектів від застосування біокомплексів. Біокомплекси «нормофлорини» володіють потужною антимікробною дією, пригнічують гнильну і газоутворюючу мікрофлору; інактивують токсичні речовини і патогенні метаболіти; активно беруть участь у процесах травлення. Розроблено та впроваджено в практику спосіб лікування дисбактеріозу кишечника в дітей раннього віку шляхом призначення комбінованого препарату «Нормофлорин-Лакто» та «Нормофлорин-Біфідо».
8. Підвищення ефективності лікування дисбіозу кишечника у дітей. Медична ефективність: покращання результатів лікування дисбіозу кишечника у дітей

внаслідок застосування препарату, який покращує місцевий імунітет, має детоксикуючу та сорбуючу дію, відновлює мікробіоценоз шлунково-кишкового тракту. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що проявляється у зменшенні больового синдрому, метеоризму, порушень випорожнень. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування шляхом використання комплексного препарату біофітокорекції.

9. Біопрепарати, що містять штами біфідобактерій *B.bifidum*, *B.longum* і *L.acidophilus*, *L.planfarum* та мають збалансовану композицію пробіотичних речовин, необхідних для здійснення фізіологічних процесів, підтримання вмісту замісних і незамінних амінокислот та глікопротеїдний комплекс, що входить до складу клітинної стінки бактерій, а також ферменти.
10. Нормофлорини застосовують двічі на день: вранці призначають препарат, що містить *L.acidophilus*, *L.planfarum*, ввечері – препарат, що містить *B.bifidum*, *B.longum* за 30 хвилин до прийому їжі дітям віком до 1 року по 2 мл, від 1 року до 2 років по 2,5 мл, від 2 років до 3 років по 5 мл впродовж 2 тижнів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### Реєстр. № 264/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ У ПІСЛЯЕРАДИКАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 128207. МПК А61К 31/00, А61Р1/04. Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей у післяерадикаційному періоді / Сорокман Т.В., Макарова О.В., Васкул Н.Я., заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201802552; заявл. 14.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Метою противиразкового лікування є відновлення слизової оболонки шлунка і 12-палої кишки (рубцювання виразки) і збереження тривалого безрецидивного перебігу хвороби. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити кілька завдань: знизити рівень кислотно-пептичного фактора за умови інтенсивного кислотоутворення в шлунку, відновити моторику гастродуоденальної зони, провести ерадикаційну терапію *Helicobacter pylori*, визначити індивідуальний обсяг терапії післяерадикаційному періоді (період лікування до загоєння виразкового дефекту і проведення контрольної гастродуоденоскопії). З огляду на різноманітність завдань у лікуванні виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки, необхідно застосовувати препарати, що володіють багатofакторною дією на різні патогенетичні ланки хвороби.
8. Підвищення ефективності лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей у післяерадикаційному періоді. Медична ефективність: покращання результатів лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей у післяерадикаційному періоді внаслідок застосування препарату, збільшує синтез

альбуміну, контролює утворення простагландинів, регулює проникність клітинних мембран і сприяє відновленню порушеного обміну речовин у клітинах і тканинах, забезпечує генерацію енергії клітинам і організму (синтез АТФ), активує синтез опіюїдних пептидів в організмі, регулює слизеутворення, володіє антихелікобактерним впливом, за рахунок колагеназної активності здійснює механічний захист слизової оболонки гастродуоденальної зони. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що проявляється у підвищенні показника ендоскопічної ремісії на 34,4%, зниженні у 2 рази ризику розвитку рецидиву виразки при застосуванні препарату. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування за рахунок зменшення тривалості перебування дітей у стаціонарі на 4,5 доби.

9. Застосування препарату, що містить інозитольні, лецитинові і серинові фосфоліпіди; антиоксиданти (кофермент Q10, каротиноїди); есенціальні полієнові кислоти, включаючи арахідонову і омега - 3 кислоти, ферменти, включаючи рибонуклеази, протеази, коллагеназу, полісахариди (маннані, б-глюкан), мікроелементи (К, Mg, F), вітаміни А, групи В, Д 3, F, Н.
10. Застосування олійного розчину препарату дітям із 7 років по 1/2 чайної ложки за 15-20 хвилин до сніданку протягом 7 днів, потім збільшення дози до 1 чайної ложки впродовж 1 місяця і водний розчин по 1 чайній ложці за 15-20 хвилин до вечері протягом 7 днів, потім збільшення дози до 2 чайних ложок впродовж 1 місяця.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### **Реєстр. № 265/5/18**

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 128206. МПК (2006.01) G01N 33/50. Спосіб ранньої діагностики дефіциту заліза в дітей / Сорокман Т.В., Макарова О.В., Васкул Н.Я., заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201702550; заявл. 14.03.2018; опубл.10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Встановлено, що якщо частота залізодефіцитної анемії в популяції становить 5%, то дефіцит заліза присутній приблизно у 15% населення; при частоті анемії 20% дефіцит заліза є у 50% населення, а при наявності анемії у 40% населення практично вся популяція страждає дефіцитом заліза. Виявлення та лікування пацієнтів із дефіцитом заліза на ранніх стадіях може запобігти розвитку небажаних наслідків. У зв'язку з цим у даний час зберігається актуальним пошук методів ранньої та ефективної діагностики дефіциту заліза у дітей, а також його адекватного лікування і контролю ефективності.
8. Підвищення ефективності діагностики дефіциту заліза в дітей. Медична ефективність: покращання результатів діагностики дефіциту заліза у дітей внаслідок застосування ретикулоцитарних індексів, які є більш динамічними індикаторами еритропоезу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за

рахунок підвищення ефективності діагностики дефіциту заліза шляхом використання простого та неінвазивного методу індикаторів еритропоезу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на ранню діагностику дефіциту заліза в дітей, діагностична цінність методики становить 72,8 %.

9. При скринінг-діагностиці дефіциту заліза за допомогою загального аналізу крові окрім зміни числа еритроцитів і ретикулоцитів, проводиться оцінка їх якісних характеристик: еквівалент гемоглобіну в ретикулоцитах (ЕГР) і  $\Delta\text{Hb}$  – дельта-гемоглобін, показник, що відображає різницю між ЕГР і еквівалентом гемоглобіну в еритроцитах (ЕГЕ).
10. Встановлюють дефіцит заліза при відхиленні від нормативних значень: ЕГР =31,8 пг [ДІ 29,5-33,6],  $\Delta\text{Hb}$ =3,7 пг [ДІ1,4-5,1].
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### **Реєстр. № 266/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 128208. МПК (2018.01) А61К 9/18, А61Р 31/00 Спосіб лікування синдрому циклічної блювоти в дітей / Сорокман Т.В., Попелюк Н.О., заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201701423; заявл. 16.02.2017; опубл.10.07.2017. Бюл. № 33.
6. Немає.
7. Синдром циклічної блювоти (СЦБ) досить часто захворювання не встановленої етіології, яке вражає дітей всіх вікових груп і іноді доросле населення та відноситься до функціональних порушень шлунково-кишкового тракту. Максимально ефективна корекція СЦБ можлива лише при проведенні комбінованої терапії, спрямованої на нівелювання проявів основного захворювання, що призвело до гіперпродукції кетонових тіл і симптоматичного лікування кетозу. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та Європейського товариства дитячої гастроентерології та харчування (ESPGAN) щодо складу пероральних регідратувальних розчинів у педіатрії рекомендовані розчини із осмолярністю 200–250 мОсм/л.
8. Підвищення ефективності лікування СЦБ в дітей. Медична ефективність: покращання результатів лікування СЦБ у дітей шляхом призначення гіпоосмолярного розчину та біопрепарату, що проявляється більш швидкою ліквідацією симптомів зневоднення, блювання та відновленням втраченої маси тіла. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що проявляється нормалізацією кислотно-лужної рівноваги, покращанням апетиту, відновленням кишкової мікрофлори. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування шляхом поєднання гіпоосмолярного розчину та пробіотика в одному препараті.
9. Застосування гіпоосмолярного розчину та пробіотика в одному препараті (глюкоза 85 ммоль / л; натрій (Na +) 60 ммоль / л; хлор (Cl-) калій (K +) 20 ммоль / л; цитрат 10 ммоль / л (загальна осмолярність розчину - 225 ммоль / л); бактерії *Lactobacillus rhamnosus* GG -  $1 \times 10^9$  КУО).

10. Дітям із дегідратацією I ступеня об'єм пероральної регідратації за перші 4 год лікування розраховували за формулою: [маса тіла дитини (кг) x 40 (мл)] із II ступенем зневоднення об'єм пероральної регідратації в перші 4 год терапії розраховували за формулою: [маса тіла дитини (кг) x 75 (мл)]. Частка препарату Регідрон Біо у добовому об'ємі рідини становила 45%.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

### **Реєстр. № 267/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕРОЗИВНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Рання діагностика, лікування і профілактика поєднаної патології шлунково-кишкового тракту та щитоподібної залози у дітей», 0116U002937, 2015-2019 рр.
3. Дитяча гастроентерологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 12810. МПК А61К 31/07 А61Р 1/04 А61З 37/02 (2006.01). Спосіб лікування хронічного ерозивного гастродуоденіту в дітей /Сорокман Т.В., Макарова О.В., Васкул Н.Я.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201802556; заявл. 14.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Хронічний ерозивний гастродуоденіт займає провідне місце серед захворювань гастродуоденальної зони. Колонізація слизової оболонки Нр сприяє формуванню хронічного патологічного процесу, який супроводжується порушенням клітинного оновлення слизової оболонки. Зараз загальновізною є концепція про те, що антиоксиданти, зокрема аскорбінова кислота, токоферол та β-каротин, спроможні сприяти реабілітації пошкодженої слизової оболонки, позитивно впливаючи на морфологічні зміни, регрес перебудовних змін, стан перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), проліферативну активність епітеліоцитів та глибину залягання Нр – тобто одночасно впливати на кілька ланок патогенезу.
8. Підвищення ефективності лікування хронічного ерозивного гастродуоденіту у дітей, відновлення пошкодженої слизової оболонки, регрес морфологічних змін, зменшення терміну перебування в стаціонарі. Медична ефективність: покращання результатів лікування хронічного ерозивного гастродуоденіту в дітей внаслідок застосування препарату, що містить β-каротин, вітаміни Е і С та забезпечує високу ступінь засвоєння активних речовин, а синергізм антиоксидантних компонентів - ефективний захист клітинних структур від дії активних форм кисню, що призводить до швидкої ремісії захворювання. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, зменшення частоти рецидивів та тривалості загострення хвороби. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування дітей, хворих на хронічний ерозивний гастродуоденіт шляхом застосування оптимізованого лікування, зменшення тривалості перебування хворого на стаціонарному лікуванні, забезпечення більш стійких результатів лікування.
9. Препарат, що містить β-каротин, вітаміни Е і С.
10. Стандартна терапія хронічного ерозивного гастродуоденіту (кларитроміцин 10 мг/кг двічі за добу + амоксицилін 500 ОД двічі за добу + де-нол по 0,12 г тричі за добу

впродовж 7 днів) та препарат, що містить  $\beta$ -каротин, вітаміни Е і С дітям із 7 до 14 років по 8 крапель (0,4 мл), старше 14 років – по 12 крапель (0,6 мл) один раз на добу середину під час прийому їжі, попередньо розчинивши в невеликій кількості води.

11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2., тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т.В. (0372542682), (0506642667).

#### Реєстр. № 268/5/18

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Епідеміологія, клініко-лабораторна діагностика, терапія та реабілітація вегетативних розладів коморбідних з депресією, у дітей підліткового віку», 0113U004528.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113918. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб диференційної діагностики запальних і функціональних розладів кишечника у дітей / Пипа Л.В., Лисиця Ю.М., Мургіна М.М., Одарчук І.В., Марченко З.І.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № u201606983; заявл. 29.06.2016; опубл. 27.02.2017. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Хворому проводять дослідження фекалій за допомогою цитотесту СІТОТЕСТ Calprotectin (Pharmasco) і, якщо тест позитивний, встановлюють запальне захворювання кишківника, а якщо негативний – функціональний розлад кишечника. Даний метод на сьогодні є найбільш чутливим, дозволяє проводити диференційну діагностику між функціональними розладами та запальними хворобами кишечника у дітей.
8. Метод не інвазивний, що особливо актуально в педіатрії, і може бути виконаним на будь-якому рівні надання медичної допомоги. Дослідження кальпротейну за допомогою СІТО ТЕСТ Calprotectin (Pharmasco) не потребує дороговартісної апаратури, в тому числі ІФА-аналізатора, тест-систем, за допомогою яких визначали кальпротейн в калі дещо раніше.
9. СІТОТЕСТ Calprotectin (Pharmasco), резервуар для фекалій, гумові рукавички.
10. Захворювання шлунково-кишкового тракту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра педіатрії, акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Пипа Л.В., Пілюйко Н.В., Лисиця Ю.М., Мургіна М.М., Одарчук І.В., Шкринда А.В.

#### Реєстр. № 269/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.**

2. НДР «Епідеміологія, клініко-лабораторна діагностика, терапія та реабілітація вегетативних розладів коморбідних з депресією, у дітей підліткового віку», 0113U004528.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Рац. пропозиція № 4. Спосіб донозологічного формування груп дітей, загрозливих у розвитку соматоформних розладів / Пипа Л.В., Лисиця Ю.М., Лук'янчук І.Л. – Опубл. 25.04.2016.
6. Немає.
7. Дослідження поширеності соматоформних розладів асоційованих з депресією і тривогою у дітей підліткового віку в Подільському регіоні країни стане основою для обґрунтування планування медичної допомоги і соціальних заходів для цієї категорії дітей. Проведений аналіз клінічних варіантів соматоформних розладів асоційованих з тривогою та депресією у дітей на основі впровадження простих доступних для роботи методик для їх діагностики допоможе лікарям первинної ланки виявляти дітей з «груп ризику» і вчасно скерувати до психолога або психіатра. Комбіноване дослідження, що поєднує погляди різних груп на проблему, об'єктивізує загальний підсумок і, з високою достовірністю, вказує на необхідність комплексного підходу до вирішення питання здоров'я дітей, як особистісної, міжособистісної та соціальної проблеми. Підвищена тривожність, як форма реагування до умов існування, може порушувати адаптацію та сприяти розвитку низки психосоматичних розладів, і тому потребує негайного вирішення. Наші дослідження відрізняються тим, що вперше буде вивчена поширеність/розповсюдженість афективних розладів у дітей підліткового віку за допомогою тривісного підходу з анкетуванням батьків, вчителів та дітей, які можуть бути екстрапольовані на всю популяцію дітей Подільського регіону в умовах тліючого в країні військового конфлікту.
8. Використання запропонованого тривісного підходу - поєднання різностороннього вивчення дитини (медико-психологічного та поведінкового) створює можливість на доманіфестному етапі захворювання виділити групу «зони ризику», провести лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи, через сім'ю та соціальне оточення сприяти розвитку особистості.
9. Стандартизовані психологічні тести: 1) для батьків: тест-опитувальник (А.Я. Барга, В.В. Століна); 2) для дітей: шкала «термометр», рівень шкільної тривожності Філіпса, анкета оцінки стану здоров'я школяра, тест Айзенка, тест Спілберга, тест оцінки настрою, шкала депресії М.Ковач; 3) для вчителів: опитувальник «Карта спостережень Д.Стотта».
10. Соматоформні розлади у підлітків.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра педіатрії, акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти.
14. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра психіатрії та наркології з курсом ПО.
15. Пипа Л.В. (0963729495), Філик А.В., Лисиця Ю.М., Одарчук І.В., Римша С.В., Лук'янчук І.Л., Соломончик Н.В.

#### Реєстр. № 270/5/18

1. **КОРЕКЦІЯ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РЕКУРЕНТНИМ ВІРУС-ІНДУКОВАНИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ.**



2. НДР «Розробка стратегій інтенсивного та відновлювального лікування дітей різного віку із соматичною та неврологічною патологією», 0116U004467.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рекурентний вірус-індукований бронхообструктивний синдром є поширеною патологією в ранньому дитячому віці. Схильність до повторних епізодів бронхіальної обструкції на тлі ГРВІ часто пояснювали наявністю atopії та вважали перед астматичним станом. Однак дослідження останніх років показують що більшість дітей з рекурентним бронхообструктивним синдромом не мають ризику розвитку в подальшому бронхіальної астми. Проведені дослідження дозволили з'ясувати, що дефіцит вітаміну D може бути суттєвим чинником розвитку повторних епізодів бронхообструкції. Рівень вітаміну D<sub>2</sub> в сироватці крові зворотно корелює як з частотою ГРВІ та пов'язаного з нею бронхообструктивного синдрому, так і з ступенем важкості окремого епізоду. За нашими даними 75% дітей раннього віку з рекурентним бронхообструктивним синдромом мають сироваткові рівні вітаміну D, які відповідають критеріям його недостатності або дефіциту.
8. Суть впровадження полягає у призначенні дітям раннього віку з рекурентним бронхообструктивним синдромом, вітаміну D<sub>3</sub> в дозі 1000 МО протягом року, за винятком літніх місяців. Такий режим призначення вітаміну D<sub>3</sub> дозволив підвищити рівень забезпеченості вітаміном D (двократне збільшення концентрації вітаміну D<sub>2</sub> в сироватці крові.), що супроводжувалось зменшенням частоти ГРВІ у 2 рази, а вірус-індукованого бронхообструктивного синдрому на 20%.
9. Препарат водного розчину вітаміну D<sub>3</sub> у вигляді крапель для внутрішнього застосування.
10. 3 та більше епізодів вірус-індукованого бронхообструктивного синдрому протягом минулого року за умови зниженого рівня вітаміну D<sub>2</sub> в сироватці крові.
11. Індивідуальна чутливість до D або інших компонентів препарату.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
14. Немає.
15. Больбот Ю.К., Годяцька К.К., Бордій Т.А. (0503611220), Ковтуненко Р.В.

#### Реєстр. № 271/5/18

1. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ БЕТАЇН-АРГІНІНОВОГО КОМПЛЕКСУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу у дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем», 0118U006629.
3. Педіатрія, сімейна медицина.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. За результатами комплексного обстеження та лікування 70 дітей віком від 7 до 15 років з діагностованим екзогенно-конституційним ожирінням та/або незначним підвищенням рівня печінкових трансаміназ та/або ознаками жирового гепатозу за даними УЗД печінки та транзійтної еластографії, запропоновано спосіб профілактики та терапії неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Представлений варіант лікування та профілактики неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей відрізняється від існуючих потужним впливом на патогенетичні

- механізми розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки за рахунок застосування в якості антиоксидантного агента бетаїн-аргінінового комплексу. Препарати бетаїн-аргінінового комплексу здатні посилювати окислення жирів шляхом активації Ацетил-КоА- трансферази та сприяють утворенню ендogenous фосфатидилхоліну, що забезпечує виведення нейтрального жиру з гепатоциту та відновленню мембрани клітин печінки.
8. Розроблений спосіб профілактики та терапії неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей дозволяє вирішити проблему патогенетично-обґрунтованої антиоксидантної терапії, що є доцільним, враховуючи, що оксидативний стрес та процеси перекисного окислення ліпідів є провідними ланками розвитку НАЖХП. Представлений варіант лікування та профілактики дозволить у дітей з діагностованим екзогенно-конституційним ожирінням та/або незначним підвищенням рівня печінкових трансаміназ та/або ознаками жирового гепатозу за даними УЗД печінки та транз'єнтної еластографії, своєчасно провести превентивні та лікувальні заходи, що запобігатиме прогресуванню захворювання та розвитку незворотніх змін, насамперед, цирозу печінки. Отриманий клінічний ефект запропонованого лікування сприятиме скороченню термінів стаціонарного лікування дітей з екзогенно-конституційним ожирінням та НАЖХП та суттєвому зменшенню економічного збитку як окремим особам, так і суспільству в цілому.
  9. Наявність у лабораторії обладнання для проведення біохімічного аналізу крові та основних показників вуглеводного обміну, діагностичної апаратури для проведення УЗ діагностики органів черевної порожнини, еластографії.
  10. Ознаки жирового гепатозу у дітей з екзогенно-конституційним ожирінням.
  11. Індивідуальна несприйнятливність компонентів комплексу.
  12. Не виявлено.
  13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9.
  14. ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
  15. Крючко Т.О., Абатуров О.Є., Пода О.А., Кривуша О.Л. (067-713-57-74), e-mail: e.krivusha@gmail.com, Нікуліна А.О., Бубир Л.М.

#### Реєстр. № 272/5/18

1. **ВИКОРИСТАННЯ МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КАМЕНІ НИРОК.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій».
3. Дитяча урологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Нововведення стосується малоінвазивного хірургічного лікування сечо-кам'яної хвороби, а саме каменів нирок у дітей. Суть запропонованого нововведення полягає у використанні для черезшкірної нефролітотрипсії інструментів меншого діаметру (16 Ch).
8. Внаслідок нововведення зменшується травматичність оперативного втручання, кількість ускладнень, скорочується тривалість стаціонарного лікування та періоду реабілітації.
9. Мінінефроскоп, пневматичний або лазерний літотриптор.

10. Камені нирок.
11. Гострі інфекційно-запальні процеси сечових шляхів, деформація кістково-суглобової системи, котра не дозволяє вкласти хворого в «положення на животі».
12. 1) Інтраопераційна кровотеча. Для її попередження на етапі доступу необхідно проводити пункцію порожнистої системи нирки через найменш васкуляризовані ділянки паренхіми та чітко контролювати візуально та рентгенологічно положення інструментів (нефроскоп, щипці, лазерне волокно) протягом всієї операції. 2) Міграція фрагментів каменя у недоступні відділи порожнистої системи нирки, чи сечовід. Для попередження такої міграції необхідно негайно видаляти фрагменти каменя по мірі їх утворення.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Журавчак А.З. (0676708951), Шейко М.С. (0970299009), Мельничук М.П. (0975637943), Дячук М.Д. (0957777769), Журавчак Р.А. (0984445135).

### Реєстр. № 273/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ ІНФІКОВАНИХ РАН У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Діагностика та лікування вроджених вад розвитку шлунково-кишкового тракту, сечовивідної системи, опорно-рухового апарату та раневого процесу у дітей», 0116U005349, 2015-2020 рр.
3. Дитяча хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на винахід № 116310. МПК (2016.01) А61В5/02, А61В6/02. Спосіб визначення об'єму первинної хірургічної обробки інфікованих ран у дітей / Спахі О.В., Пахольчук О.П.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № а201612699, заявл. 13.12.2016, опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Спосіб визначення об'єму первинної хірургічної обробки інфікованих ран у дітей проводять лазерну доплерівську флоуметрію кровотоку в області країв рани по її периметру з кроком в 1 см як від країв, так і вздовж рани за допомогою датчика лазерного аналізатора кровотоку з лазерним джерелом випромінювання довжиною хвилі 0,8 мкм, та визначають величину показника мікроциркуляції крові, значення тонуусу судин і амплітудно-частотного спектра коливань, отримують коефіцієнт К, який є співвідношенням добутку значень показника мікроциркуляції крові (ПМ) і максимальної амплітуди пульсових коливань (Ас) до добутку показників міогенного і нейрогенного тонуусу (МТ і НТ), і при значенні коефіцієнта К нижче 0,03 визначають ділянку як з різко зниженою мікроциркуляцією, через точки, де був встановлений датчик, проводять лінію, по якій в подальшому проводять висічення нежиттєздатної ділянки краю рани.
8. Підвищення ефективності хірургічного лікування інфікованих ран у дітей.
9. «Лазерний аналізатор кровотоку компютеризований-02» НПП «Лазма».
10. Хірургічне лікування хворих інфікованими ранами.
11. Агональний стан хворого.
12. Невідповідність методики виміру показників мікроциркуляції (а саме, без урахування контрлатеральної сторони), що не дасть об'єктивізації виміру.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, кафедра дитячої хірургії, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Спахі О.В., Пахольчук О.П. (0667109527).

#### Реєстр. № 274/5/18

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ПІДЛІТКІВ 15-18 РОКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.**
- НДР «Розробка нових підходів до медичної допомоги підліткам та особам молодого віку з артеріальною гіпертензією в умовах вищого навчального закладу», 0115U003878, 2015-2019 рр.
- Педіатрія.
- 1+,А.
- Патент України на корисну модель № 123000. МПК А61В 5/02 (2006.01), А61В 5/0402 (2006.01). Спосіб прогнозування гіпертрофії лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією» / Товма А.В., Пацера М.В., Каменщик А.В., Іванько О.Г.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201706238; заявл. 19.06.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
- Немає.
- Спосіб прогнозування гіпертрофії лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією, у якому проводять ЕКГ, який відрізняється тим, що визначають суму біоелектричних потенціалів зубців S1 і максимального зубця R5 або R6 у грудних відведеннях, і якщо сума є більшою за 34 мм, то прогнозують розвиток гіпертрофію лівого шлуночка.
- Підвищення ефективності прогнозування розвитку гіпертрофії лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією.
- Апаратура для проведення ЕКГ-діагностики.
- Діагностика ранніх проявів гіпертрофії міокарда лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією.
- Немає.
- Немає.
- Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, (0612)- 33-15-46, кафедра госпітальної педіатрії тел. (0612) 22-21-37.
- Немає.
- Товма А.В., Пацера М.В., Каменщик А.В. (0505929521), Іванько О.Г.

#### Реєстр. № 275/5/18

- 1. СПОСІБ КОНТРОЛЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА В ДІТЕЙ.**
- НДР «Нейрофункціональні особливості серцево-судинної системи у дітей з рекурентними формами захворювань респіраторного тракту в залежності від рівня психоемоційного навантаження», 0116U005289, 2015-2019 рр.
- Педіатрія.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 127139. МПК (2006.01) А61В 5/02. Спосіб контролю функціонального стану міокарда в дітей / Овчаренко Л.С., Краснов Л.А., Шелудько Д.М.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201707745; заявл. 24.07.2017; опубл. 25.07.2018, Бюл. № 14.
- Немає.
- В основу корисної моделі поставлено задачу розробки способу контролю функціонального стану міокарда в дітей, що дозволить підвищити рівень діагностики функціонального стану міокарда в дітей. Поставлена задача вирішу-

- ється тим, що в запропонованому способі контролю функціонального стану міокарда в дітей застосовуються сучасний електрокардіографічний комплекс «Кардіолаб» та програма «ECG Control», завдяки чому на початку випробовування знімається електрокардіограма спокою, з паралельним візуальним контролем стану серця на моніторі, що дозволяє досягти стабілізації пульсу, та виключити порушення в роботі серця на момент обстеження, програмне обчислювання проби Руф'є.
8. Медична ефективність: відпочинок дитини виключає помилково-негативні результати тестування; досягнута стабілізація пульсу протягом 5-10 хвилин горизонтального положення дитини дає правильність виконання проби; наявність візуального моніторингу серцебиття дасть виключення з проведення проби дітей із порушенням ритму роботи серця; програмне обчислення проби Руф'є з поправкою на вік дасть максимальну об'єктивізацію 20 проби; зниження вірогідності отримання помилково позитивних результатів проби Руф'є. Соціальна ефективність: поліпшення якості життя дитини, та можливість відвідувань нею спортивних секцій. Економічна ефективність: профілактика необґрунтованої гіподинамії у дитини, яка в майбутньому знизить рівень серцево-судинних захворювань, що призведе до зменшення днів непрацездатності дорослої людини, витрат з боку держави на лікування, та реабілітацію, та зменшить фінансове навантаження на людину, що не хворіє.
  9. Комп'ютер зі встановленим програмним забезпеченням електрокардіографічної системи «Кардіолаб», пристрій «Кардіолаб», програма «ECG Control», кушетка, годинник з секундною стрілкою.
  10. Діти шкільного віку; наявність у дитини рекурентних захворювань респіраторного тракту; наявність у дитини відхилень з боку вегетативної нервової системи; наявність у дитини тахікардії; наявність у дитини показників проби Руф'є більше 10 балів при виконанні проби в умовах поліклініки.
  11. Наявність кардиту; наявність вроджених вад серця; наявність лихоманки; наявність ознак серцевої недостатності; наявність ознак дихальної недостатності; наявність важких порушень ритму серця та провідності; ендокринна патологія (цукровий діабет, патологія наднирників, щитовидної залози, тощо); наявність судом, та ознак гідроцефалії; наявність лікворно-гіпертензивного синдрому; наявність міопії великого ступеня; втрати свідомості.
  12. Немає.
  13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-16-38, e-mail: naukazmaro@gmail.com
  14. Немає.
  15. Овчаренко Л.С., Шелудько Д.М. (0612961670), (0955223089), (0685501644).

#### **Реєстр. № 276/5/18**

1. **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ.**
2. НДР»Розробка і впровадження методів профілактики, лікування та укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U001079, 2017-2022 рр.
3. Педіатрія, гастроентерологія, загальна практика – сімейна медицина.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади педіатричного, гастроентерологічного профілю, в практичну діяльність лікарів загальної практики – сімейної медицини.

7. Було обстежено 40 дітей з морфологічно верифікованим діагнозом ГЕРХ. Діти були розподілені на дві групи. Основна група – 20 дітей, у яких були ознаки вегетативної дисфункції, та які, крім стандартної схеми лікування, отримували діючу речовину фенібут у дозі 250 мг 2 рази на добу протягом 21 дня. Контрольна група отримувала лікування за стандартною схемою відповідно до наказу МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення», курс лікування – 1 місяць. Для оцінки вегетативного гомеостазу з метою контролю ефективності лікування нами запропоновані вегетативний індекс Кердо та опитувальник А.М. Вейна, які є простими та доступними методами діагностики. Після проведеного лікування в основній групі зниження індексу Кердо було суттєво вираженим – він становив  $5,9 \pm 7,4$  проти  $14,7 \pm 12,3$  на початку дослідження ( $p < 0,01$ ), тоді як у групі контролю –  $11,0 \pm 9,0$  проти  $14,4 \pm 11,2$  відповідно. Суттєво зменшився в основній групі і середній бал за опитувальником А.М. Вейна.
8. Інтегральні показники, які характеризують стан вегетативної регуляції, після проведеного комплексного лікування ГЕРХ достовірно зменшилися, порівняно з дітьми, які не отримували діючу речовину фенібут, що свідчить про ефективність його застосування, покращення якості життя школярів з цією патологією.
9. Фенібут, вегетативний індекс Кердо, опитувальник А.М. Вейна.
10. Діти шкільного віку з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Няньковський С.Л., Городиловська М.Л. (0322917851).

#### Реєстр. № 277/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ФЕНО-ГЕНОТИПАМИ.**
2. НДР «Розробити технологію лікування бронхіальної астми у дітей залежно від фено-генотипових особливостей організму», 0116U000189, 2016-2018 рр.
3. Дитяча пульмонологія та дитяча алергологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125130. МПК А61В 10/00, G01N 33/50 (2006.01), А61К 31/00, С12N 15/10 (2006.01), А61Р 11/00. Спосіб лікування персистуючої бронхіальної астми у дітей із різними фено-генотипами / Речкіна О.О., Стриж В.О., Горовенко Н.Г., Руденко С.М., Костроміна В.П., Россоха З.І., Кир'яченко С.П., Ільїнська І.Ф., Промська Н.В., Кравцова О.М.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201712830; заявл. 26.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у тому, що дітям, хворим на БА, при визначенні генотипу АТ2R1-1166СС і вмісту загального Ig E 400 МО/л і більше додатково до інгаляційного глюкокортикостероїду (ІГКС) призначають бета<sub>2</sub>-агоніст пролонгованої дії (LABA) одночасно з антагоністом лейкотрієнових рецепторів (АЛТР), при генотипі АТ2R1-1166СС і вмісті загального Ig E не вище 400 МО/л до ІГКС призначають тільки LABA, при генотипі АТ2R1-1166АС і вмісті загального Ig E 400 МО/л і більше – тільки АЛТР, а при генотипі АТ2R1-1166АС і вмісті загального Ig E не вище 400 МО/л – призначають лише ІГКС.

8. Застосування нововведення дозволяє підвищити рівень контролю за симптомами астми в 3,4 рази за рахунок зменшення частоти денних симптомів у 4,1 рази, нічних – у 4,8 рази; зменшення потреби в бронхолітиках короткої дії – у 3,3 рази та відновлення експіраторного потоку повітря в легенях за показником об'єму форсованого видиху ОФВ<sub>1</sub> на 16,5 %.
9. Моновети об'ємом 1,2 мл з антикоагулянтном калієва сіль етилендіамінтетраоцтової кислоти, холодильник для зберігання зразків крові при температурі –20°C, охолоджуючі контейнери, спірограф.
10. Лікування персистуючої бронхіальної астми у дітей.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Речкіна О.О., Стриж В.О., Костроміна В.П., Руденко С.М., Кравцова О.М., Промська Н.В., Горovenко Н.Г., Россоха З.І., Кир'яченко С.П. (0442733126).

#### **Реєстр. № 278/5/18**

1. **АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИМИ МАРКЕРАМИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Розробити технологію лікування бронхіальної астми у дітей залежно від фeno-генотипових особливостей організму», 0116U000189, 2016-2018 pp.
3. Дитяча пульмонологія та дитяча алергологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у визначенні в дитини клініко-анамнестичних маркерів (вік, давність БА, тютюнокуріння, індекс маси тіла, соматотип, вегетативний тонус, індекс функціональних змін, ОФВ<sub>1</sub>, МОШ75), обчисленні суми їх прогностичних коефіцієнтів (ПК) і порівнянні отриманої суми з обчисленими за нерівністю Вальда верхнім (+10) і нижнім (-12) порогоми, і якщо сума ПК > (+10), то з достовірністю 95,0 % прогнозують високий ризик середньотяжкого та/або тяжкого перебігу БА, якщо сума ПК < (-12), то з достовірністю 80,0 % – ризик відсутній, якщо сума ПК коливається між порогоми (+10) та (-12) – ризик не визначений, що потребує додаткового обстеження.
8. Застосування нововведення дозволяє скоротити на 3-6 місяців термін досягнення рівня контролю БА у 70,0 % хворих, вчасно (вже на першому візиті до лікаря) призначити адекватні індивідуальні режими базисної терапії з імовірністю 95,0 %.
9. Ваги, ростомір, тонометр, спірограф.
10. Діти, хворі на бронхіальну астму.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Речкіна О.О., Стриж В.О., Костроміна В.П., Ярошук Л.Б., Дорошенкова А.С., Кравцова О.М., Промська Н.В., Горovenко Н.Г., Россоха З.І., Кир'яченко С.П. (0442733126).

#### **Реєстр. № 279/5/18**

1. **ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ НЕКОНТРОЛЬОВАНОГО ПЕРЕБИГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА РІВНЯМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ ТА ВЕГЕТАТИВНОГО ІНДЕКСУ.**
2. НДР «Розробити технологію лікування бронхіальної астми у дітей залежно від фено-генотипових особливостей організму», 0116U000189, 2016-2018 рр.
3. Дитяча пульмонологія та дитяча алергологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у встановленні рівня адаптаційного потенціалу та вегетативної дисфункції в дитини, для чого обраховують інтегральні індекси – індекс функціональних змін (ІФЗ) та вегетативний індекс Кердо (ІК) за відповідними формулами. При наявності задовільної адаптації організму дитини ІФЗ не перевищує 2,6 одиниць. Якщо ІФЗ складає 2,6–3,09 одиниць функціональні резерви характеризуються як напруга механізмів адаптації, якщо ІФЗ > 3,09 – адаптація незадовільна або спостерігається її зрив. При зриві адаптаційних резервів організму (ІФЗ > 3,09) та наявності ваготонії (ІК < 1) визначають підвищений ризик розвитку тяжкої неконтрольованої форми БА у дітей.
8. Застосування нововведення дозволяє підвищити точність встановлення ризику розвитку тяжкої неконтрольованої форми БА в 1,9 рази, скоротити час для вибору ефективних схем лікування на 3-6 місяців, зменшити частоту та тривалість загострень астми на 30,0 %, що, в свою чергу, дозволяє застосувати персоніфікований підхід до складання схем базисної терапії.
9. Тонometr, ваги, ростомір.
10. Діти, хворі на бронхіальну астму.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Речкіна О.О., Стриж В.О., Костроміна В.П., Руденко С.М., Мельник К.О., Кравцова О.М., Промська Н.В. (0442733126).

#### Реєстр. № 280/5/18

1. **СПОСІБ ОТРИМАННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ ВІД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ДІТЕЙ.**
2. НДР «Удосконалити діагностику та лікування дітей, хворих на вперше діагностований туберкульоз», 0116U000193, 2016-2018 рр.
3. Дитяча фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119849. МПК А61В 10/00, G01N 33/487 (2006.01). Спосіб отримання діагностичного матеріалу від хворих на туберкульоз дітей / Білогорцева О.І., Ліскіна І.В., Шехтер І.Є., Доценко Я.І., Сіваченко О.Є., Стеблина В.Є., Шатунова В.А.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201704095; заявл. 25.04.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Суть нововведення, що пропонується для впровадження, полягає в тому, що збір діагностичного матеріалу, а саме змив з ротоглотки, здійснюють після призначення пацієнту препарату амброксол двічі на день у віковій дозі за добу перед



процедурою збору та безпосередньо у день збору за 1,5-2 години до маніпуляції, після чого проводять подразнюючу інгаляцію гіпертонічним розчином натрію хлориду, а потім здійснюють полоскання ротоглотки ізотонічним розчином натрію хлориду. Отриманий діагностичний матеріал використовується для бактеріологічного дослідження на наявність у ньому мікобактерій туберкульозу.

8. Запропоноване нововведення є якісно новим підходом до отримання діагностичного матеріалу від дітей, хворих на туберкульоз, і дозволяє підвищити інформативність зразків для культурального дослідження у 2,8 рази за рахунок збільшення ймовірності потрапляння *Mycobacterium tuberculosis* у діагностичний матеріал та зменшити кількість хибно-негативних результатів посіву на 8,6 %.
9. Інгалятор, обладнання для зберігання зразків діагностичного матеріалу (холодильник, штативи, пробірки), одноразові шприци ємністю 10 мл., амброксол у віковій дозі, гіпертонічний розчин натрію хлориду; ізотонічний розчин натрію хлориду; піпетки лабораторні.
10. Наявність клінічних ознак туберкульозу органів дихання у дітей.
11. Легенева кровохаркання, кровотеча, бронхообструктивний синдром, ЛСН.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Білогорцева О.І., Сіваченко О.Є., Доценко Я.І., Шехтер І.Є., Шатунова В.А. (0442753602).

#### Реєстр. № 281/5/18

1. **МОНІТОРИНГ КИСЛОТНОСТІ ШЛУНКОВОГО СОКУ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ВТРУЧАННІ – ВИРІШАЛЬНИЙ ФАКТОР ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕС-ІНДУКОВАНИХ ЗМІН ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Профілактика та лікування ускладнень анестезії та інтенсивної терапії у дітей», 0116U002037, 2016-2020 рр.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126750. МПК G09B 23/28 (2006.01). Спосіб моделювання алгоритму профілактики стресових виразок в постопераційному періоді у дітей / Іскра Ю.А.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. – № u201711164; заявл. 15.11.2017; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Актуальність тематики обумовлена тим, що оперативне втручання, як і будь-який інший метод лікування, має основний позитивний ефект та низку недоліків у вигляді супроводжуваних його ускладнень. Серед них можна виділити, як специфічні для конкретного виду оперативної допомоги, так і неспецифічні, ризик яких є у випадку будь-якої операції, наприклад, – місцеві гнійні ускладнення. Найбільш клінічно значимі ускладнення – це ті, які пов'язані з несприятливим прогнозом для пацієнта. Крім того, саме ускладнення та засоби боротьби з ними сприяють значному збільшенню загальної вартості лікування, що робить їх профілактику важливою з економічної точки зору. До подібних неспецифічних ускладнень в повній мірі можна віднести й післяопераційні виразково-ерозивні процеси в слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та кровотечі як їх наслідок, які нерідко виникають на тлі відсутності будь-якої патології слизової оболонки перед операцією.

Ризик клінічно значущих кровотеч у пацієнтів зі стресовими виразками, що знаходяться у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, становить 1,5%. Також показано, що шлунково-кишкові кровотечі багаторазово збільшували ризик смерті хворих серед дорослого населення: з 5-21% до 42-48% для пацієнтів, в залежності від обсягу оперативного втручання [Cibert J. et al., 1968; Gralnek I.M., 2010].

Ситуація потенціюється застосуванням для знеболення в післяопераційному періоді високих доз ненаркотичних анальгетиків, що мають доведену власну гастротоксичність.

Станом на сьогодні, в Україні немає регламентованого протоколу профілактики виникнення стрес-індукованих змін (СІЗ) слизової оболонки верхніх відділів ШКТ.

Отже, метою дослідження є покращення результатів анестезіологічного забезпечення та оперативних втручань у дітей з удосконаленням методів профілактики стресових виразок в постопераційному періоді.

Для моніторингу частоти та визначення алгоритму профілактики СІЗ слизової оболонки верхнього відділу ШКТ на клінічній базі кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії ім. П.Л. Шупика – відділеннях анестезіології і реанімації та інтенсивної терапії НДСЛ «ОХМАТДИТ» проводилось когортне дослідження, в ході якого було проведено комплексне клінічне обстеження стану здоров'я 75 дітей у віці 2міс. – 17 років (середній вік по вибірці – 7,9 р.), які мали наявне захворювання, що передбачає оперативне втручання в плановому порядку, тривалістю понад 1 годину. В результаті проведеного скринінгу було виявлено ерозивно-виразкові зміни слизової оболонки шлунку на етапі передопераційної підготовки в 16 пацієнтів (21,3% обстежених) різного віку та з різною нозологією.

Для встановлення стану здоров'я пацієнтів та стану слизової оболонки ШКТ проведено клініко-лабораторні дослідження загальноприйняті в дитячій хірургії (клінічний аналіз крові та визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові та коагулограма, аналіз крові на кислотно-основний стан), а також інструментальні методи обстеження: фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС) з прицільною рН-метрією за день до операції. Обсяг діагностики здійснювався згідно Додатків до наказу МОЗ №88-АДМ від 30-03-2004 “Про затвердження Протоколів лікування дітей зі спеціальності «Дитяча хірургія».

При виявленні патології здійснювалось подальше обстеження стану ШКТ та лікування залежно до отриманих результатів відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.2013 р. № 59 «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

Отримані цифрові дані опрацьовувалися з використанням програм Excel Microsoft Office 2010 та ліцензійної версії Stata 12 із застосуванням методів варіаційної статистики. Аналіз співставлення розподілу якісних ознак проводився з використанням критерія  $\chi$ -квадрат. Порівняння кількісних параметрів базувалось на попередній оцінці нормальності розподілу даних по критерію Шапиро-Уїлка. Для порівняння показників з нормальним характером розподілу використовувався t-критерій Стьюдента. Статистична значимість відмінностей оцінювалась на рівні не нижче 95% (ризик похибки  $p < 0,05$ ). Оцінка характеру зв'язку між показниками проводилась за допомогою рангових коефіцієнтів кореляції. Для прогностичної оцінки ризику розвитку клінічної патології та визначення порогових рівнів показників застосовувався ROC-аналіз з оцінкою чутливості, специфічності та прогностичної ефективності порогових значень.

На I етапі дослідження було виявлено, що у пацієнтів з портальною гіпертензією значно частіше наявна патологія слизової оболонки ШКТ в передопераційному періоді, порівняно з іншими нозологіями, незалежно від віку (табл. 1.).

**Частота виявлення ерозивно-виразкових змін слизової оболонки ШКТ в передопераційному періоді, залежно від патології в пацієнтів, що пройшли обстеження, абс. (%)**

Нозологія	Здорові	Ерозивно-виразкові зміни слизової ШКТ
Портальна гіпертензія	4	11
Кіста підшлункової залози	10	2
Кіста печінки	5	2
Кіста селезінки	8	0
Пухлина середостіння	1	1
Післяопіковий рубцевий стеноз стравоходу	7	0
Калькульозний холецистит	4	0
Бронхогенна кіста	3	0
Гіпоспадія	3	0
Меатостеноз	3	0
Крипторхізм абд.	1	0
Тератома	1	0

Число ступенів свободи дорівнює 8.

Значення критерія  $\chi^2$  – 24,514. Критичне значення  $\chi^2$  при рівні значимості  $p < 0.05$  складає 20,09. Зв'язок між факторною і результативною ознаками статистично значимі при рівні значимості  $p < 0.05$

На II етапі дослідження було виявлено, що у пацієнтів з портальною гіпертензією значно частіше наявна патологія слизової оболонки ШКТ в постопераційному періоді, порівняно з іншими нозологіями, незалежно від віку (табл. 2.)

Таблиця 2

**Частота виявлення ерозивно-виразкових змін слизової оболонки ШКТ в постопераційному періоді, залежно від патології в пацієнтів, що пройшли обстеження, абс. (%)**

Нозологія	Здорові	Ерозивно-виразкові зміни слизової ШКТ
Портальна гіпертензія	7	14
Кіста підшлункової залози	9	4
Кіста печінки	4	5
Калькульозний холецистит	1	3

Кіста селезінки	7	1
Пухлина середостіння	1	1
Післяопіковий рубцевий стеноз стравоходу	7	0
Бронхогенна кіста	3	0
Гіпоспадія	3	0
Меатостеноз	3	0
Крипторхізм абд.	1	0
Тератома	1	0

Динаміка рН внутрішньошлункового вмісту натще при передопераційній ендоскопічній рН-метрії:

рН середнє для всіх пацієнтів – 2,35;

рН середнє для пацієнтів, що мали зміни слизової оболонки шлунку – 2,4;

рН середнє для всіх пацієнтів без виразково-ерозивних змін слизової оболонки – 3,68.

Динаміка інтраопераційного моніторингу рН внутрішньошлункового вмісту:

рН середнє для всіх пацієнтів – 3,99;

рН середнє для пацієнтів, що мали реалізовані СІЗ – 3,38;

рН середнє за перші 60хв. операції (від моменту введення профілактичних гіпоацидних препаратів до максимальної їх дії) для пацієнтів, що мали реалізовані СІЗ – 2,73;

рН середнє для всіх пацієнтів без проявів СІЗ – 4,27;

рН середнє за перші 60хв. операції для всіх пацієнтів без проявів СІЗ – 3,33.

Постопераційні значення рН при ендоскопічній прицільній рН-метрії внутрішньошлункового вмісту:

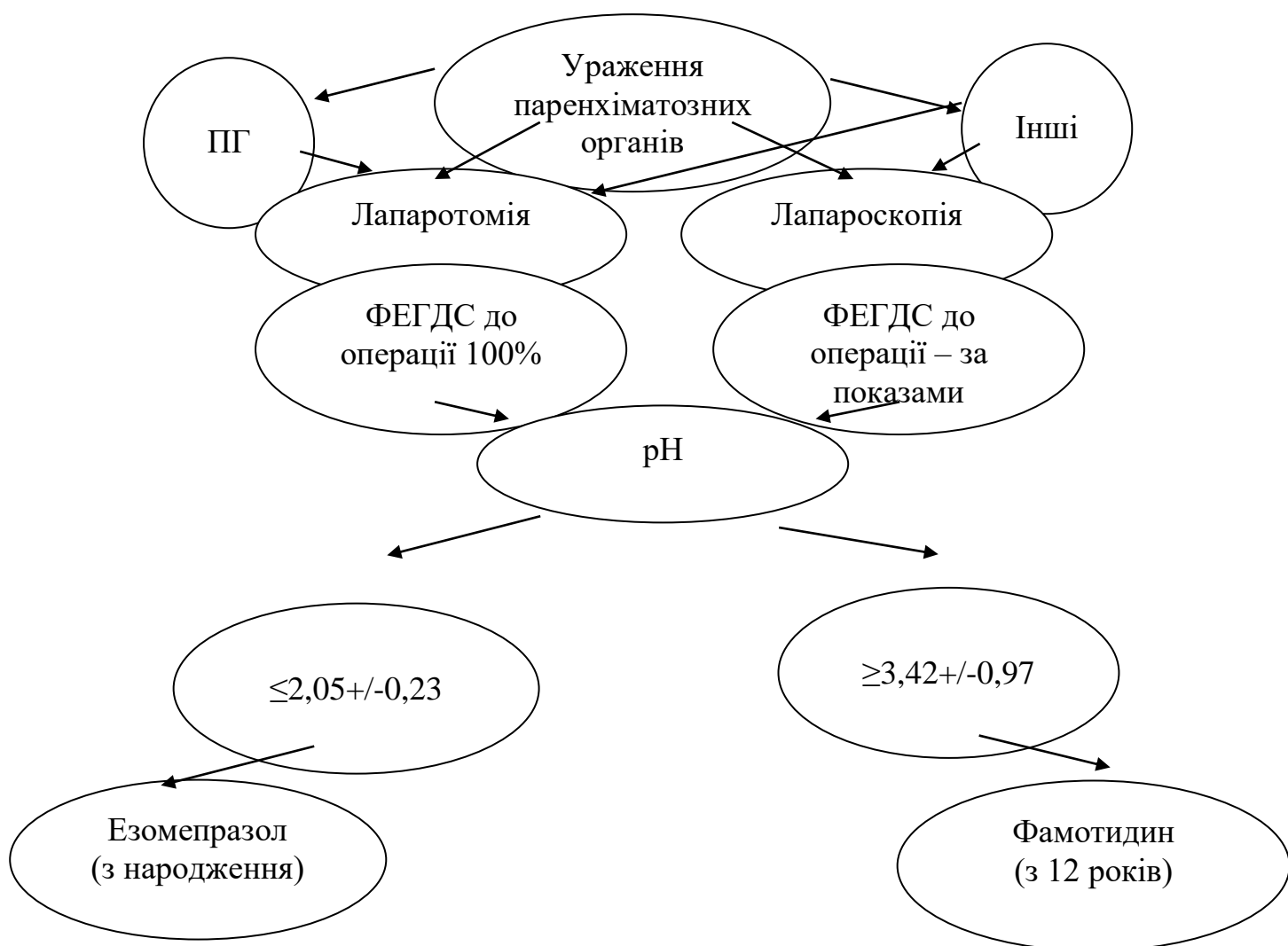
рН середнє для всіх пацієнтів – 4,09;

рН середнє для пацієнтів, що мали реалізовані СІЗ – 3,48;

рН середнє для всіх пацієнтів без проявів СІЗ – 4,35.

Після проведених розрахунків (ROC-аналіз ) значення рН шлункового соку при інтраопераційному моніторингу в пацієнтів з проявами СІЗ в постопераційному періоді в середньому становила  $2,05 \pm 0,23$  ( $p=0,0001$ ), в той час як в пацієнтів без постоперативних ускладнень з боку ШКТ –  $3,42 \pm 0,97$  ( $p=0,0001$ ), де  $p$  — оцінка суттєвості різниці між пацієнтами з незмінним станом слизової ШКТ в постопераційний період і пацієнтами, що мали виразково-ерозивні зміни, залежно від нозології (критерій Манна-Уїтні).

Отже, суть корисної моделі зведена до наступного алгоритму:



8. Після запровадження даного алгоритму профілактики СІЗ верхнього відділу ШКТ в ряді випадків вдалося уникнути подальшого розвитку ерозивних змін слизової оболонки шлунку. Був вдосконалений алгоритм профілактики виникнення стресових змін слизової оболонки травного тракту в практиці дитячої хірургії згідно з яким відомі методи профілактики та лікування ерозивно-виразкових змін слизової оболонки ШКТ будуть застосовуватись регламентовано з урахуванням віку, вихідного стану шлунково-кишкового тракту, типу оперативного втручання та анестезіологічного забезпечення. Це забезпечуватиме максимальне зменшення кількості випадків появи стресових змін слизової оболонки в постоперативному періоді у дітей, прискорить етап реабілітації та буде найбільш економічно виправданим.
9. Пацієнти віком 0-18 років, що потребують оперативного втручання тривалістю понад 1 годину; дитячі хірурги то рако-абдомінального профілю; дитячий анестезіолог; ацидогастрограф; антациди, антагоністи H2-рецепторів гістаміну та інгібітори протонної помпи.
10. Потреба в оперативному методі лікування з прогнозованою тривалістю понад 1 годину.
11. Протипоказання – згідно з інструкціями до застосування зазначених препаратів.
12. Можливі ускладнення пов'язані з індивідуальною непереносимістю антацидних препаратів груп антагоністів H2-рецепторів гістаміну та інгібіторів протонної помпи або ж розвиток СІЗ на тлі проведеної профілактики. В разі виникнення ускладнень необхідно: при алергічних реакціях: антигістамінна терапія із заміною

- антацидного препарату на аналог; при розвитку СІЗ на тлі профілактики – лікування згідно затверджених протоколів Міністерства охорони здоров'я України.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», відділення анестезіології і реанімації та інтенсивної терапії.
  15. Біляєв А.В., Іскра Ю.А.

#### Реєстр. № 282/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ (ПСГ) ЯК СТРУКТУРНОГО КОМПОНЕНТУ КОМПЛЕКСНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ.**
2. НДР «Клінічна та медико-соціальна ефективність впровадження сучасних технологій інтенсивної терапії та виходжування передчасно народжених дітей та новонароджених з перинатальною патологією», 0115U002171, 2015-2019 рр.
3. Неонатологія, педіатрія, дитяча неврологія, медицина сну, функціональна діагностика.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 124592. МПК (2006.01) А61В 5/00, А61В 5/0402 (2006.01), А6В 5/0476 (2006.01), А6В 6/00. Спосіб діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей / Костюкова Д.М., Орлова Т.О., Шунько Є.Є.; заявник і патентовласник власник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, НДСЛ «ОХМАТДИТ». – № u201712127; заявл. 08.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Запропонована методика діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей з використанням полісомнографії (ПСГ) як частини імплементованої інтегративної моделі комплексного нейромоніторингу, що є стандартизованою методикою та визнана «золотим стандартом» діагностики пароксизмальних станів під час сну, для проведення своєчасної діагностики, лікування, контрольованого менеджменту снозалежних дихальних розладів (SBAS – sleep-relatedbreathingdisorders), пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей.
8. Дане нововведення дозволяє за допомогою спеціального стандартизованого обладнання (полісомнографічна діагностична система), лікарю, який пройшов навчання з сомнології (медицини сну), згідно протоколу (Polysomnographie-Report «InfantSleep») провести аналіз та оцінку формування стадій сну, відповідність структури та морфології сну віку дитини, диференційну діагностику епілептичних та неепілептичних станів, кількість та тривалість снозалежних дихальних розладів (обструктивних, змішаних та центральних апное, гіпопное); апное/гіпопное індекс, індекс пробудження, порушення серцевого ритму. При виявленні затримки формування біоелектричної активності головного мозку, невідповідності структури сну віку дитини, проводиться перегляд Індивідуалізованої програми виходжування. При виявленні у дитини високого показника індексу респіраторної недостатності, синдрому апное / гіпопное середнього та важкого ступеня проводиться клінічна оцінка та корекція терапії, продовжується респіраторна терапія (CPAP), медикаментозна терапія (метилксантини) та повторне ПСГ-дослідження через 2-4 тижні. За виписаними зі стаціонару передчасно народженими дітьми ведеться катамнестичне спостереження. Вдома діти з групи ризику продовжують виходжування в позиції «Мама-Кенгуру» з використанням респіраторних моніторів

- або кардіо-респіраторного монітору протягом 3-6-9 місяців в залежності від показань. При кисневій залежності дитини вдома використовують концентратори кисню. Проведення ПСГ істотно покращить результати лікування та виходжування передчасно народжених дітей. ПСГ має явні переваги, порівняно з наявними аналогами, та дозволяє рекомендувати впровадження зазначеного методу та включення до реєстру.
9. Лікар-неонатолог, дитячий невролог, педіатр, лікар функціональної діагностики, медична сестра, які пройшли навчання з медицини сну (сомнології). Перелік необхідного обладнання: полісомнографічна діагностична система («Respironics Alice LDE 6») із реєстрацією показників дихання, серцевої діяльності, функціональної активності головного мозку, стану сну-неспанья та відео-записом. Загальна кількість ПСГ-каналів запису в нашій практиці – 17 каналів (LEOGA2, REOGA1, F3A2, F4A1, C3A2, C4A1, O1A2, O2A1, KEMG, EKG1, Hr, TFlow, DFResp, SpO2, Pleth, MSchnrch, AKT1). Можливо використання аналогів зазначеного обладнання.
  10. Пароксизмальні стани у передчасно народжених дітей, пов'язані зі сном епілептичні стани, снозалежні дихальні розлади, альтернація сну (порушення морфології та структури сну).  
Розширені показання до полісомнографії (ПСГ) новонародженим дітям та дітям грудного віку:
    - діти з наявністю в анамнезі епізодів загрозливих життю (ЕЗЖ; ALTE);
    - діти групи ризику з розвитку синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) (наявність смерті дитини в родині близьких родичів від СРДС підвищує ризик у 5 разів; ризик СРДС у передчасно народжених дітей з масою тіла при народженні 1000-1499 і 1500-2499 г підвищений у 4 і 3 рази відповідно, в порівнянні з дітьми з масою тіла при народженні 2500 г, особливо при поєднанні генетичних факторів із факторами зовнішнього середовища);
    - стридор, трахео-, ларингомалія, тимомегалія;
    - тривала неінвазивна респіраторна підтримка;
    - вроджені вади серця;
    - порушення серцевого ритму під час сну та стану неспанья (аритмія, подовжений період QT, синдром WPW);
    - гастро-езофагальний рефлюкс (ГЕР, синдром Сандифера);
    - щелепно-лицьові аномалії;
    - міопатії;
    - генетичні захворювання, що супроводжуються кардіо-респіраторними розладами;
    - порушення обміну речовин, орфанні захворювання.
  11. Немає.
  12. Не виявлено.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька. 9.
  14. Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ». 01135, м. Київ, вул. В. Чорновола, 28/1.
  15. Шунько Є.Є., Костюкова Д.М., Орлова Т.О.

#### Реєстр. № 283/5/18

1. **СПОСІБ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Передумови формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів», 0114U002213, 2014-2018 рр.
3. Педіатрія.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128873. МПК А61К 31/00, А61К 31/5575 (2006.01), А61Р 3/00, А61Р 25/00. Спосіб метаболічної та психологічної корекції психосоматичної патології у дітей та підлітків / Бекетова Г.В., Мозгова Г.П., Гнатенко Т.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201804155; заявл. 16.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Згідно з корисною моделлю, в міжрецидивному періоді психосоматичного захворювання (бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки) тричі проводиться психокорекційний сеанс (1, 7 і 14 день) за проективною методикою «Моє майбутнє», «Добро і зло», з колірною асоціацією. Одночасно з психотерапією призначається препарат актопротекторної дії, 1 пакетик якого містить цитруліномалату (еквімолекулярної суміші малату і L-цитруліну) 1 г по 1 пакетуку 2 рази на добу протягом 14 днів. Комплексне використання препарату метаболічного ряду, що містить еквімолекулярну суміші малату і L-цитруліну і психологічних методів корекції психосоматичної патології у дітей та підлітків прискорює регрес клінічних проявів астенії, покращує перфузію головного мозку, поліпшує таламо-кортикальні зв'язки за рахунок зняття перезбудження і функціональної блокади, що забезпечує швидку корекцію психосоматичного статусу хворих.
8. Даним способом комплексно корегуються стійкі стереотипи психоемоційного реагування дітей і підлітків, та обмінні порушення, що підтримують психастенічні стани при психосоматичній патології. Динаміка зворотних змін основних клінічних проявів була майже в два рази швидша, ніж у пацієнтів, які отримували тільки базисну психокорекційну терапію. Це дозволяє покращити якість життя хворих та їх сімей, зменшити кількість візитів з переліченими скаргами до лікаря первинної ланки та сприяти подовженню міжрецидивних періодів у хворих з психосоматичною патологією.
9. Дитячий психолог, актопротекторний засіб, що містить 1 г цитруліномалату (еквімолекулярної суміші малату і L-цитруліну) в пакетиках для перорального прийому. Спосіб не потребує суворого контролю з боку медичного персоналу та додаткового обладнання.
10. Психосоматичні захворювання у дітей і підлітків в міжрецидивному періоді.
11. Психосоматичні захворювання у дітей і підлітків в періоді загострення, індивідуальна непереносимість малату або L-цитруліну, дитячий вік до 6 років.
12. Для запобігання неправильного прийому актопротекторного засобу (суміш малату і L-цитруліну) рекомендовано проводити прийом засобу дитиною під контролем медичного персоналу, якщо дитина на стаціонарному лікуванні, або батьків, якщо дитина на амбулаторному лікуванні.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Інститут соціології, психології та соціальних комунікацій.
15. Бекетова Г.В., Мозгова Г.П., Гнатенко Т.М.

#### Реєстр. № 284/5/18

1. СПОСІБ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ АЦЕТОНЕМІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ДІТЕЙ.
2. НДР «Передумови формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів», 0114U002213, 2014-2018 рр.
3. Педіатрія.



4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125049. МПК А61К 9/08 (2006.01), А61К 31/4415 (2006.01), А61К 33/06 (2006.01), А61Р 3/00. Спосіб проти рецидивного лікування синдрому ацетонемічної блювоти у дітей / Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201712250; заявл. 11.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб протирецидивного лікування синдрому ацетонемічної блювоти у дітей передбачає, що на тлі базисної терапії (гіпокетогенної дієти) з перших днів ацетонемічного кризу для усунення енергодефіциту додатково призначають лікувальне збалансоване високоенергетичне дитяче харчування (1,5 ккал/мл) по 1-2 пляшечці (200 мл) на добу протягом 10 днів. В 100 мл харчування міститься 4,2 г білка (в тому числі частково гідролізованого молочного білка), 16,39 г вуглеводів (сахароза, мальтодестрин), 7,47 г жирів (в тому числі з середньо-ланцюговими жирними кислотами), метаболічно активних доданків: 14 вітамінів, в тому числі, В1, В2, В5, В6, В7, В12, аскорбінової та фолієву кислоти, а також 15 мінералів (включаючи Na, K, Ca, Mg, Se, P), двох видів харчових волокон та фруктоолігосахаридів. В комплексі патогенетичних порушень при рецидивуючому синдромі ацетонемічної блювоти визначена роль дефіциту магнію, який проявляється крім метаболічних порушень, синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості та змінами психоемоційного стану. Згідно з корисною моделлю, після стійкого зникнення кетонурії та 10 денного курсу лікувального високоенергетичного харчування застосовують пероральний розчин лікарського комбінованого магнійвмісного засобу (1 ампула 10 мл якого містить 186 мг магнію лактату дигідрату; 936 мг магнію підолату (100 мг магнію) та 10 мг піридоксину гідрохлориду) по 10 мл на склянці води, прийом перорально 1 раз в день після сніданку протягом 10 днів. В складі комбінованого засобу міститься магній, що є природним транквілізатором і знижує прояви тривоги, має мембраностабілізуючий ефект, та піридоксину гідрохлорид – «клітинний фіксатор» магнію, що сприяє реалізації його ефектів. Перебуваючи в комплексах з АТФ, іони магнію забезпечують вивільнення енергії через регуляцію активності магній-залежних АТФаз, які необхідні для всіх енергозалежних процесів в організмі. Це забезпечує швидку корекцію підвищеної збудливості та покращання психосоматичного статусу у дітей з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти. На 2-му місяці терапії повторюють курс лікувального високоенергетичного харчування по 1-2 пляшечці (200 мл) на добу терміном 10 днів; після чого призначається курс лікувальної вуглекисло – магнієво – натрієво –гідрокарбонатно – сульфатної природної мінеральної води (кількість магнію 1000 мг на 1 л) для корекції функціональних біліарних та кишкових порушень, що притаманні дітям з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти, та в якості донатора магнію. Мінеральна вода призначається з розрахунку 3 мл/кг маси дитини, в дегазованому виді, Т 30°C за 30 хвилин до їжі, тричі на день протягом 3 тижнів. На 3-, 4-, 5-, 6-й місяць продовжують застосування високоенергетичного дитячого харчування по 1-2 флакони (200 мл) на добу курсом по 10 днів кожен місяць для фізіологічної метаболічної корекції обмінних порушень, характерних для дітей з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти.
8. Корисна модель дозволяє втричі зменшити частоту рецидивів ацетонемічної блювоти у хворих дітей на протязі курсу лікування. Сприяє полегшенню тяжкості рецидивів та підвищенню ефективності амбулаторного лікування на відміну від частой необхідності стаціонарного лікування рецидивів у хворих, що знаходилися тільки на гіпокетогенній дієті. Корисна модель сприяє зменшенню високого рівня тривожності та соматичних скарг у дітей з синдромом ацетонемічної блювоти, в

- порівнянні з базовою терапією (гіпокетогенна дієта), що позитивно впливає на якість життя хворих та їх сімей, та дозволяє зменшити кількість візитів з переліченими скаргами до лікаря первинної ланки.
9. Розчин лікарського комбінованого магнійвмісного засобу 1 ампула 10 мл якого містить 186 мг магнію лактату дигідрату; 936 мг магнію підолату (100 мг магнію) та 10 мг піридоксину гідрохлорид. Лікувальне високоенергетичне дитяче харчування (1,5 ккал/мл), в 100 мл якого міститься 4,2 г білка, 16,39 г вуглеводів (сахароза, мальтодестрин), 7,47 г жирів (в тому числі з середньо-ланцюговими жирними кислотами), вітамінно-мінеральний комплекс. Лікувальна вуглекисло – магнієво – натрієво – гідрокарбонатно – сульфатна природна мінеральна вода (кількість магнію 1000 мг на 1 л). Спосіб не потребує додаткового обладнання.
  10. Для протирецидивного лікування та підвищення ефективності терапії ацетонемічних кризів у дітей віком від 3 до 10 років з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти.
  11. Індивідуальна непереносимість препаратів магнію або піридоксину гідрохлориду, вага дитини до 10 кг, алергія на білок коров'ячого молока або індивідуальна непереносимість компонентів лікувального дитячого харчування, жовчнокам'яна хвороба.
  12. Для запобігання неправильного прийому магнійвмісного лікарського засобу, високоенергетичного харчування, лікувальної мінеральної води рекомендовано проводити прийом засобів дитиною під контролем медичного персоналу, якщо дитина на стаціонарному лікуванні, або батьків, якщо дитина на амбулаторному лікуванні.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.

#### Реєстр. № 285/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ СИНДРОМОМ АЦЕТОНемічної БЛЮВОТИ.**
2. НДР «Передумови формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів», 0114U002213, 2014-2018 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126562. МПК А61К 9/08 (2006.01), А61К 31/4415 (2006.01), А61К 33/06 (2006.01), А61Р 3/00. Спосіб корекції підвищеної тривожності у дітей з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти / Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201800677; заявл. 24.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. В комплексі патогенетичних порушень при рецидивуючому синдромі ацетонемічної блювоти визначена роль дефіциту магнію, який проявляється крім метаболічних порушень, синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості та змінами психоемоційного стану. Згідно з корисною моделлю, для метаболічної корекції підвищеної тривожності, після припинення ацетонемічного кризу, а саме після стійкого зникнення кетонурії застосовують пероральний розчин лікарського комбінованого магнійвмісного засобу (1 ампула 10 мл якого містить 186 мг магнію лактату дигідрату; 936 мг магнію підолату (100 мг магнію) та 10 мг піридоксину гідрохлориду) по 10 мл на склянці води, прийом перорально раз в день після

- сніданку протягом 10 днів. У складі комбінованого засобу міститься магній, що є природним транквілізатором і знижує прояви тривоги, має мембрано-стабілізуючий ефект, та піридоксину гідрохлорид – «клітинний фіксатор» магнію, що сприяє реалізації його ефектів. Це забезпечує швидку корекцію підвищеної збудливості у дітей з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти, що підтверджується зниженням тривожності та покращанням психоемоційного статусу хворих.
8. Корисна модель дозволяє вдвічі зменшити частоту високого рівня тривожності та соматичних скарг у дітей в ранньому післякризовому періоді синдрому ацетонемічної блювоти, в порівнянні з базовою терапією (гіпокетогенна дієта), що позитивно впливає на якість життя хворих та їх сімей, та дозволяє зменшити кількість візитів з переліченими скаргами до лікаря первинної ланки.
  9. Розчин лікарського комбінованого магнійвмісного засобу 1 ампула 10 мл якого містить 186 мг магнію лактату дигідрату; 936 мг магнію підолату (100 мг магнію) та 10 мг піридоксину гідрохлориду). Спосіб не потребує додаткового обладнання.
  10. Для корекції підвищеної тривожності у дітей віком від 3 до 10 років з рецидивуючим синдромом ацетонемічної блювоти в після кризовому періоді.
  11. Гострий період синдрому ацетонемічної блювоти (ацетонемічний криз), індивідуальна непереносимість препаратів магнію або піридоксину гідрохлориду, вага дитини до 10 кг.
  12. Для запобігання неправильного прийому магнійвмісного лікарського засобу рекомендовано проводити прийом засобу дитиною під контролем медичного персоналу, якщо дитина на стаціонарному лікуванні, або батьків, якщо дитина на амбулаторному лікуванні.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.

#### **Реєстр. № 286/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ АЦЕТОНЕМІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Передумови формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів», 0114U002213, 2014-2018 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123842. МПК А61К 31/00, А61Р 3/00. Спосіб лікування синдрому ацетонемічної блювоти у дітей / Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201709489; заявл. 28.09.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб лікування синдрому ацетонемічної блювоти у дітей передбачає, що на тлі базисної терапії (гіпокетогенної дієти, регідратації) з перших днів ацетонемічного кризу для усунення енергодефіциту додатково призначають лікувальне збалансоване високоенергетичне дитяче харчування (1,5 ккал/мл) по 1-2 пляшечці (200 мл) на добу протягом 10 днів. У 100 мл харчування міститься 4,2 г білка (в тому числі частково гідролізованого молочного білка), 16,39 г вуглеводів (сахароза, мальтодестрин), 7,47 г жирів (в тому числі з середньоланцюговими жирними кислотами), метаболічно активних добавок: 14 вітамінів в тому числі, В1, В2, В5, В6, В7, В12, аскорбінової та фолієву кислоти, а також 15 мінералів (включаючи Na, К, Са, Mg, Se, Р), двох видів харчових волокон та фруктоолігосахаридів, не містить

- глютен і лактозу. Лікувальне харчування рекомендовано застосовувати порційним прийомом, як самостійне харчування, чи як доданок до безмолочних каш.
8. Корисна модель дозволяє достовірно скоротити (в середньому на добу) тривалість основних клінічних проявів (кетонурія, блювота, нудота, слабкість) шляхом фізіологічної нутритивної корекції метаболічних порушень при синдромі ацетонемічної блювоти у дітей, порівняно з базовою терапією (гіпокетогенна дієта, регідрація). Це підвищує ефективність лікування та скорочує терміни стаціонарного лікування.
  9. Лікувальне високоенергетичне дитяче харчування (1,5 ккал/мл), в 100 мл якого міститься 4,2 г білка, 16,39 г вуглеводів (сахароза, мальтодестрин), 7,47 г жирів (в тому числі з середньоланцюговими жирними кислотами) та вітамінно-мінеральний комплекс. Спосіб не потребує додаткового обладнання.
  10. Для підвищення ефективності терапії ацетонемічних кризів у дітей віком від 3 до 10 років з синдромом ацетонемічної блювоти.
  11. Алергія на білок коров'ячого молока або індивідуальна непереносимість компонентів лікувального дитячого харчування.
  12. Для запобігання неправильного прийому високоенергетичного харчування, рекомендовано прийом засобу дитиною під контролем медичного персоналу, якщо дитина на стаціонарному лікуванні, або батьків, якщо дитина на амбулаторному лікуванні. При інтенсивній нудоті, блювоті не рекомендовано прийом великого об'єму високоенергетичного лікувального харчування за один раз для запобігання виникнення блювотного рефлексу.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Бекетова Г.В., Гнатенко Т.М.

#### **Реєстр. № 287/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ АМПЛІТУДНО-ІНТЕГРОВАНОВОГО ЕЕГ-МОНІТОРИНГУ (аЕЕГ) ЯК СТРУКТУРНОГО КОМПОНЕНТУ КОМПЛЕКСНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ.**
2. НДР «Клінічна та медико-соціальна ефективність впровадження сучасних технологій інтенсивної терапії та виходжування передчасно народжених дітей та новонароджених з перинатальною патологією», 0115U002171, 2015-2019 рр.
3. Неонатологія, дитяча неврологія, педіатрія, функціональна діагностика.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 124592. МПК (2006.01) А61В 5/00, А61В 5/0402 (2006.01), А6В 5/0476 (2006.01), А61В 6/00. Спосіб діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей / Костюкова Д.М., Орлова Т.О., Шунько Є.Є.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, НДСЛ «ОХМАТДИТ». – № u201712127; заявл. 08.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Запропонована методика діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей з використанням амплітудно-інтегрованого ЕЕГ-моніторингу (аЕЕГ) як частини імплементованої інтегративної моделі комплексного нейромоніторингу, що є першим етапом послідовної нейрофізіологічної діагностики пароксизмальних станів епілептичного та неепілептичного генезу для проведення своєчасного лікування, контрольованого менеджменту пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей.

8. Дане нововведення дозволяє лікарю за допомогою спеціального стандартизованого обладнання (амплітудно-інтегрованого електроенцефалографу), простого у використанні, провести ранню диференційну діагностику пароксизмальних станів епілептичного та неепілептичного генезу з проведенням подальшого лікування, моніторингу та спостереження передчасно народжених дітей з групи ризику щодо несприятливого прогнозу, що істотно покращить результати лікування та виходжування передчасно народжених дітей. аЕЕГ має явні переваги, порівняно з наявними аналогами та дозволяє рекомендувати її впровадження та включення до реєстру.
9. Лікар-неонатолог, педіатр, дитячий невролог, лікар функціональної діагностики, який пройшов навчання з клінічної енцефалографії. Перелік необхідного обладнання: апарат моніторингу церебральних функцій ("BRM3") або його аналог.
10. Пароксизмальні стани у передчасно народжених дітей, судоми, судомний статус. Моніторинг церебральних функцій дитини в критичному стані (кома, підбір протисудомної терапії, контроль судом).
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ». 01135, м. Київ, вул. В. Чорновола, 28/1.
15. Шунько Є.Є., Костюкова Д.М., Орлова Т.О.

#### Реєстр. № 288/5/18

1. **СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ КОРЕКЦІЇ ГІПОПЛАЗІЇ ДУГИ АОРТИ У ДІТЕЙ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ.**
2. НДР «Розробка організаційних і клінічних аспектів підвищення рівня безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивної терапії», 0114U002223, 2014-2018 рр.
3. Кардіохірургія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 125043. МПК А61В 17/00. Спосіб проведення ізольованої церебральної перфузії при операціях корекції гіпоплазії дуги аорти у дітей та новонароджених / Лоскутов О.А., Дружина О.М., Костюкова М.О., Годуров Б.М.; заявник і патентовласник Державна установа «Інститут серця МОЗ України». – № u201712184; заявл. 11.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Серед вад розвитку серця, вроджена гіпоплазія дуги аорти реєструється в 1,5% випадків . При цьому, природний перебіг даної ВВС призводить до 80% летальності протягом першого місяця життя. Єдиним ефективним методом, що рятує життя цих пацієнтів, є хірургічна корекція вади. Відомий метод глибокого гіпотермічного арешту, взятий нами за прототип, тривалий час вважалось, що має ряд переваг: відсутність необхідності в додаткових канюлях, які завжди ставлять під загрозу інтимного пошкодження судин, знижується ймовірність емболізації, оперативне поле залишається вільним від механічних пристроїв, які можуть поставити під загрозу експозицію анастомозу, крім того, увага хірурга не відволікається на будь-які проблеми, пов'язані з перфузійними методами. Однак летальність при проведенні операцій з приводу реконструкції гіпоплазії дуги аорти в умовах циркуляторного арешту може скласти 32%, а при використанні ізольованою церебральної перфузії – 8%. При цьому використання ізольованої церебральної перфузії чинить істотний вплив на ранню післяопераційну летальність, але істотно

не впливає на виникнення неврологічних ускладнень відстроченого періоду. Задача винаходу полягає в запобіганні високої летальності за рахунок адекватного кровопостачання головного мозку з підтриманням необхідного метаболізму центральної нервової системи. Поставлена задача вирішується тим, що у способі проведення ізольованої церебральної перфузії при операціях корекції гіпоплазії дуги аорти у дітей та новонароджених проводять ізольовану антеградну церебральну перфузію головного мозку при радикальній корекції гіпоплазії дуги аорти у дітей та новонароджених. Новим є те, що ізольована антеградна церебральна перфузія проводиться через армовану аортальну канюлю, яка встановлюється в брахіоцефальний стовбур, після виконання циркуляторного арешту. Технічним результатом є те, що спосіб дозволяє забезпечити адекватне кровопостачання головного мозку з підтриманням необхідного метаболізму центральної нервової системи та, завдяки цьому, зниження летальності. Спосіб здійснюється наступним чином, штучний кровообіг (ШК) проводиться в умовах гіпотермії (+22°C - +24°C). Індекс перфузії при цьому становив 2,8-3,0 л/хв./м<sup>2</sup> з подальшим його зниженням до 1,6 л/хв./м<sup>2</sup> при досягненні температури тіла пацієнта +26°C. При досягненні температури пацієнта +24°C виконувався «циркуляторний арешт», а армовану аортальну канюлю, проводили в брахіоцефальний стовбур, обжимали її турнікетом і проводили ізольовану церебро-брахіальну перфузію. При цьому об'ємна швидкість перфузії становила 10% від розрахункового індексу перфузії. Розмір аортальної канюлі підбирався залежно від діаметра брахіоцефального стовбура і площі поверхні тіла пацієнта. Додатково, швидкість церебрального кровотоку забезпечується продуктивністю апарату ШК, яка регулюється виходячи з рівня артеріального тиску вимірюваного на правій променевої артерії, підтримуючи його в межах 20-25 мм рт ст., і від насичення кисню в лобних долях головного мозку (SrO<sub>2</sub>), рівень якого вимірюється за допомогою церебрального оксиметру (INVOX 5100C, Medtronic), підтримуючи дані показники в межах від 67% до 80%. На етапі охолодження, відповідно до температури, виконується зниження FiO<sub>2</sub> газової суміші до 30%, підтримуючи рівень pO<sub>2</sub> венозної крові в межах 40 - 45 мм рт ст., а pCO<sub>2</sub> – на рівні 30 - 35 мм рт ст. Час перетискування аорти становив в середньому 44,3±18,1 хв. Для захисту міокарда в період виключення серця з системного кровотоку використовувався гистидин-кетоглутарат-триптофаново кардіоплегічний розчин (розчин Бретшнайдера). Час ізольованої церебральної перфузії складає від 15 до 25 хв. (в середньому 21,2±4,07 хв.).

8. Спосіб передбачає використання ізольованої антеградної церебральної перфузії, шляхом проведення армованої аортальної канюлі в брахіоцефальний стовбур, на фоні циркуляторного арешту, що дозволяє забезпечити адекватне кровопостачання головного мозку з підтриманням необхідного метаболізму центральної нервової системи. Перед- і післяопераційна оцінка психічної і неврологічної функцій (сон, збудливість, порушення когнітивної, рефлекторно-рухової, чутливої, координаторної, вегетативної складових, і т.д) оперованих пацієнтів показала, що ні у одного з них не відзначалося порушень функцій відповідно їх вікової норми. Функціональний статус всіх прооперованих відповідав віку. Ніяких аномалій нейропсихічного розвитку не визначалася. Розвиток відповідав віку. Таким чином, завдяки запропонованій методикі проведення ізольованої перфузії головного мозку при операціях радикальної корекції гіпоплазії дуги аорти у дітей та новонароджених, що відрізняється використанням армованої аортальної канюлі, яка проводиться в брахіоцефальний стовбур після виконання циркуляторного арешту, забезпечується адекватний захист головного мозку і дозволяє ефективно провести радикальну хірургічну корекцію гіпоплазії дуги аорти.

9. Впровадження запропонованих методів в практичну діяльність потребує високоякісного обладнання для проведення ізольованої церебральної перфузії при операціях корекції гіпоплазії дуги аорти у дітей та новонароджених, а саме: апарат штучного кровообігу, армовані аортальні канюлі, церебрального оксиметру (INVOX 5100С, Medtronic), персональні моніторингові системи пацієнта та інше.
10. Винахід відноситься до медицини, конкретно до кардіохірургії і може знайти використання при проведенні операцій радикальної корекції гіпоплазії дуги аорти, під час лікування дітей та новонароджених, що мають недорозвиток дуги аорти. Спосіб передбачає використання ізольованої антеградної церебральної перфузії, шляхом проведення армованої аортальної канюлі в брахіоцефальний стовбур, на фоні циркуляторного арешту, що дозволяє забезпечити адекватне кровопостачання головного мозку з підтриманням необхідного метаболізму центральної нервової системи.
11. Немає.
12. Запропонований комплекс інноваційних методик не несе специфічних ускладнень, крім загальновідомих і не вимагає спеціальних методів їх терапії, крім загальновідомих.
13. Державна установа «Інститут серця МОЗ України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
15. Лоскутов О.А., Дружина О.М., Тодуров Б.М., Костюкова М.О.

#### **Реєстр. № 289/5/18**

1. **СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДЕФОРМАЦІЇ ТКАНИН ПРОЛЯБІУМУ ПІД ЧАС ДВОБІЧНОЇ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ.**
2. НДР «Комплексні лікувально-діагностичні заходи при вроджених та набутих захворюваннях щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0117U002263, 2017-2019.
3. Хірургічна стоматологія дитячого віку.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 127240. МПК А61В 17/00. Спосіб попередження деформації тканин пролябіума при двобічній хейлоринопластиці / Яковенко Л.М., Ковтун Т.О., Шафета О.Б.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. – № u201801253; заявл. 09.02.2018; 25.07.18 Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб попередження деформації тканин пролябіума при двобічній хейлоринопластиці дозволяє, застосовуючи трикутний клапоть слизової з краю дефекта бічного фрагмента верхньої губи, викроєного нижче лінії змикання губ та переміщеного у відкритий кут на середньому фрагменті в проекції лінії змикання губ, попередити утворення втягіння червоної облямівки тканин пролябіума та сформувати глибокий присінок в цій ділянці, що підвищує анатомічний та естетичний результати.
8. Медична – дозволяє попередити утворення втягіння червоної облямівки тканин пролябіума та сформувати глибокий верхній присінок порожнини рота, отримати кращі анатомічні та естетичні результати. Соціальна – скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві. Економічна – зменшення коштів на лікування та ліжко днів.
9. Обладнання операційної, скальпель № 15, 16, шовний матеріал (вікріл № 4; 5, пролен № 5; 6), голкотримачі, распатори, ножиці.

10. Вроджене ізольоване двостороннє незрощення верхньої губи, наскрізне двостороннє незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння.
11. Немає.
12. Відсутність естетичного ефекту при невірному виконанні етапів операції.
13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Яковенко Л.М. (0442851718), Ковтун Т.О. (0442842206), Шафета О.Б.

#### **Реєстр. № 290/5/18**

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ВІНЦЕВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ АНКІЛОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СНЩС (СКРОНЕВО-НИЖНЕСЦЕЛЕПНИЙ СУГЛОБ) У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Комплексні лікувально-діагностичні заходи при вроджених та набутих захворюваннях щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0117U002263, 2017-2019 рр..
3. хірургічна стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 126651. МПК А61В 6/03 (2006.01). Спосіб визначення гіперплазії вінцевого відростка нижньої щелепи при анкілозуючих захворюваннях СНЩС у дітей / Яковенко Л.М., Єфименко В.П., Ребенков С.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. – № u201801504; заявл. 15.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб визначення гіперплазії вінцевого відростка нижньої щелепи при анкілозуючих захворюваннях СНЩС у дітей дозволяє за запропонованою методикою математично обґрунтувати ступінь гіперплазії вінцевого відростка та визначити показання до його остеотомії. Запропонований новий показник мобільності нижньої щелепи відображає зміни, що відбуваються з вінцевим відростком при анкілозуючих захворюваннях СНЩС, значення якого враховуються при визначенні показань до остеотомії вінцевого відростка.
8. Медична – дозволяє визначити показання до остеотомії вінцевого відростка та спланувати проведення її при проведенні артропластики, отримати кращі функціональні результати. Соціальна – скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві. Економічна – зменшення коштів на лікування та ліжко днів.
9. Обладнання операційної, скальпель, шовний матеріал (вікрил), голки, голкотримачі, распатори, зажим Кохера, кісткова пила, комп'ютерний томограф.
10. Гіперплазія вінцевого відростка різної етіології, анкілози та ВДОА СНЩС.
11. Немає.
12. Кровотеча при остеотомії при невірному виконанні етапів операції.
13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Яковенко Л.М. (0442851718), Єфименко В.П. (0442851718), Ребенков С.О. (0444241603).

#### **Реєстр. № 291/5/18**



1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ТКАНИН НАЗО-ЛАБІАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА НОСА ПІСЛЯ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ.**
2. НДР «Комплексні лікувально-діагностичні заходи при вроджених та набутих захворюваннях щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0117U002263, 2017-2019 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 126667. МПК А61В 5/107 (2006.01). Спосіб оцінки тканин назо-лабіального комплексу у дітей з вродженими незрошеннями верхньої губи та носу після хейлоринопластики / Яковенко Л.М., Шафета О.Б., Борисова Є.С.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. – № u201801675; заявл. 19.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб оцінки стану м'яких тканин назо-лабіального комплексу дозволяє оцінити параметричні дані деформацій його, прослідкувати зміни структур губи та носа до та після хірургічного втручання при мінімальному технічному забезпеченні, використовуючи попередньо зроблене фото дитини.
8. Медична – дозволяє визначити показання до хейлоринопластики та обрати методику проведення її, отримати кращі функціональні результати. Соціальна – скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві. Економічна – зменшення коштів на лікування та ліжко днів.
9. Фотоапарат з макрооб'єктивом та кільцевим спалахом, комп'ютер.
10. Незрошення верхньої губи, вторинні рубцеві деформації верхньої губи.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Яковенко Л.М. (0442851718), Шафета О.Б. (0931106446), Борисова Є.С. (0444842206).

#### **Реєстр. № 292/5/18**

1. **СПОСІБ МОРФОМЕТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ТКАНИН ВЕЛОФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ.**
2. НДР «Комплексні лікувально-діагностичні заходи при вроджених та набутих захворюваннях щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0117U002263, 2017-2019 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб морфометричної оцінки тканин велофарингеального комплексу дозволяє отримати параметричні дані тканин велофарингеального комплексу та провести їх аналіз, прослідкувати зміни структур його в динаміці до та після хірургічного втручання при наявності тільки МРТ дитини, визначитися з видом хірургічного втручання та необхідністю проведення його.
8. Медична – дозволяє визначити показання до велоластики та обрати методику проведення її, отримати кращі функціональні результати. Соціальна – скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві. Економічна – зменшення коштів на лікування та ліжко днів.

9. Магнітно-резонансний томограф, комп'ютер.
10. Незрощення твердого та м'якого піднебіння, велофарингеальна недостатність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Яковенко Л.М. (0442851718), Шафета О.Б. (00931106446), Ребенков С.О. (0444241603).

#### **Реєстр. № 293/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФЕКТУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Комплексні лікувально-діагностичні заходи при вроджених та набутих захворюваннях щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0117U002263, 2017-2019 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 130457. МПК А61В 17/24 (2006.01). Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи / Яковенко Л.М., Васьківська М.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – № u201806131; заявл. 01.06.2018; опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи, що включає формування сприймаючого, відкинутими на 180° слизово-окисними клаптями навколо дефекту, який відрізняється тим, що викроюють язикоподібний слизово-окисний клапоть з верхньої стінки дефекта альвеолярного відростка з поживною ніжкою звернутою до переднього краю, вивертають із глибини дефекта, мобілізують та вкладають на сформоване ложе, фіксують вікриловими швами. Запропонований спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у 90% пацієнтів.
8. Медична – дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень, отримати кращі функціональні результати. Соціальна – скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві. Економічна – зменшення коштів на лікування та ліжко днів.
9. Обладнання операційної, скальпель, шовний матеріал (вікріл), голки, голкотримачі, распатори, зажим Кохера, кісткова пила, комп'ютерний томограф.
10. Остеопластика альвеолярного відростка
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Яковенко Л.М. (0442851718), Васьківська М.О.

#### **Реєстр. № 294/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ КАРДІОМІОПАТІЙ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ФОНІ СИНДРОМУ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.**

2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», 0117U004683, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114639. МПК (2016.01) А61К 33/06, А61Р 9/00. Спосіб лікування вторинних кардіоміопатій у дітей та підлітків на фоні синдрому вегетативної дисфункції / Танянська С.М., Пеший М.М., Бойко В.П., Коленко І.О., Несіна І.М., Луканін А.В., Танянська В.Є.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201610331; заявл.10.10.2016, опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Поставлену задачу вирішують створенням способу лікування вторинних кардіоміопатій у дітей та підлітків на фоні вегетативної дисфункції призначенням комбінованого препарату «Ритмокор» в капсулах за 10-15 хвилин до їжі дітям від 3 до 6 років по 1 капсулі 2 рази на добу, дітям 6-12 років по 1 капсулі 3 рази на добу протягом часу, достатнього для отримання позитивного ефекту.
8. Доцільність запропонованого методу обумовлена високою достовірністю та безпечністю у застосуванні. Позитивний ефект полягає в достовірному зменшенні болю в ділянці серця, серцебиття, головного болю, покращенню показників ЕКГ, вегетативного гомеостазу та загального самопочуття, що позитивно позначається на покращенні показників навчання, працездатності та якості їх життя.
9. Лікарський комбінований метаболічний препарат «Ритмокор» в капсулах.
10. Лікування вторинних кардіоміопатій дітей та підлітків з вегетативною дисфункцією та попередження ускладнень та формування органічної патології в подальшому.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Танянська С.М. (0509339986), Пеший М.М., Бойко В.П., Коленко І.О., Несіна І.М., Луканін А.В., Танянська В.Є.

#### Реєстр. № 295/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ ПРИ РЕАКТИВНІЙ АРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», 0117U004683, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С
5. Патент України на корисну модель № 101136. МПК А61К 31/00, А61Р 19/02. Спосіб корекції суглобового синдрому при реактивній артропатії у дітей / Танянська С.М., Крючко Т.О., Коленко І.О., Несіна І.М., Пеший М.М., Бойко В.П.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201502624; заявл. 23.03.2015; опубл. 25.08.2015. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Поставлену задачу вирішують створенням способу корекції суглобового синдрому при реактивній артропатії у дітей, що включає включення додаткове призначення до базисної терапії комплексного гомеопатичного препарату «Інцена» дітям віком до

- 12 років – по 7 крапель, дітям після 12 років – по 10 крапель препарату 3 рази на добу протягом часу, достатнього для отримання позитивного ефекту.
8. Доцільність запропонованого методу обумовлена високою достовірністю та безпечністю у застосуванні. Позитивний ефект полягає в достовірному зменшенні локальної активності та ступеню ураження суглобів у більш ранні строки, зменшенню больових відчуттів, відсутності набряку м'яких тканин, забезпечує попередження агресивного перебігу захворювання та підвищує ефективність лікування при реактивних артропатіях у дітей, що позитивно позначиться на показниках якості їх життя.
  9. Лікарський гомеопатичний препарат «Інцена» в краплях.
  10. Лікування суглобового синдрому при реактивній артропатії у дітей та попередження ускладнень та прогресування захворювання.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
  14. Немає.
  15. Таняньська С.М. (0509339986), Крючко Т.О., Коленко І.О., Несіна І.М., Пеший М.М., Бойко В.П.

#### **Реєстр. № 296/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0116U004191, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119738. МПК G01N 33/48 (2006.01), А61Р 29/00, А61К 35/747 (2015.01), А61К 38/46 (2006.01). Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей та підлітків / Скрипников П.М., Поліщук Т.В., Шинкевич В.І., Кайдашев І.П.; заявник і власник ВДНЗУ «УМСА». – № u201702540; заявл. 20.03.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. У комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту (профгігієна, курс антисептичних аплікацій/полоскань, та корекція домашньої гігієни) можна додатково застосовувати поєднано: пребіотик на основі лізоциму і пробіотик на основі коменсальних лактобацил («Лісобакт» і «Лацидофіл», розсмоктуючи їх у роті один за одним, двічі на день, не менше 10 днів), але попередньо проводять діагностику карієсогенної ситуації (та її усунення при наявності), а потім, методом РТ-ПЛР, підтверджують зниження/відсутність *Lactobacillus* spp. для уточнення показань.
8. Оптимізація лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей 9-15 років, з урахуванням етіологічних чинників, що покращує медичне стоматологічне обслуговування та може попереджувати розвиток ускладнень.
9. Стандартно обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію; засоби для визначення стоматологічного статусу, карієсогенної ситуації; засоби й обладнання для профгігієни; засоби (зі стоматологічного арсеналу: мікробраш або гладилка) для отримання проби над'ясенного нальоту та стерильна ємкість для транспортування до лабораторії, в якій можливе проведення РЧ-ПЛР і визначення пропорцій важливих представників бактеріальних видів, зокрема *Lactobacterium* spp..

10. Хронічний катаральний гінгівіт (індукований зубною бляшкою) у дітей 9-15 років 1-3-ї педіатричних диспансерних груп.
11. Суб- та декомпенсовані хронічні загальні хвороби у пацієнта. Будь-який відомий чи підозрюваний імунodefіцит у пацієнта. Хронічний пародонтит. Високий ризик-статус по карієсу (у вигляді: знижена саливація, зниження ТЕР-тесту (60-80%); абоДФК; або дуже поганий гігієнічний стан та інші фактори ризику карієсу у поєднанні). Підвищені пропорції *Lactobacterium spp.* за даними РЧ-ПЛР.
12. Ускладнення у вигляді погіршення карієсогенної ситуації можливі у випадку помилок, які включають недооцінку карієсогенної ситуації, помилки інтерпретації результатів РЧ-ПЛР-діагностики. Інші помилки: проковтування чи пережовування пігулок замість повільного розсмоктування, зменшення тривалості лікування, що знизить ефективність лікування.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Скрипников П.М., Поліщук Т.В., Шинкевич В.І. (0532564753), Кайдашев І.П.

### Реєстр. № 297/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.**
2. НДР «Оптимізація якості анестезіологічного забезпечення і інтенсивної терапії хворих з урахуванням вікового та гендерного диморфізму клініко-функціональних, імунних і метаболічних змін», 0114U006326, 2015-1019 pp.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120013. МПК А61М 16/04 (2006.01), А61М 39/0. Трубка ендотрахеальна з системою для екстратубажної санації трахеї / Шкурупій Д.А., Похилько В.І., Беляєв І.С., Ковальова О.М., Полторапавлов В.А., Ксьонз І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701298; заявл. 13.02.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20. Патент України на корисну модель № 118423. МПК А61М 25/088 (2006.01), А61D 17/00. Спосіб санації трахеї / Шкурупій Д.А., Похилько В.І., Беляєв І.С., Ковальова О.М., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701362; заявл. 13.02.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії у новонароджених, який відрізняється оптимізацією санації трахеї, яка здійснюється по зовнішній поверхні інтубаційної трубки на всьому її протязі. Поставлена задача вирішується використанням інтубаційної трубки, яка відрізняється тим, що санація трахеї додатково здійснюється по зовнішній поверхні інтубаційної трубки на всьому її протязі через додатковий канал в стінці інкубаційної трубки, котрий містить зовнішні перфоративні санаційні отвори.
8. Спосіб дає можливість покращити лікування новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії, які потребують тривалого проведення респіраторної підтримки, і мають високий ризик реалізації вентилятор-асоційованої пневмонії. Позитивний ефект від використання корисної моделі полягає у зниженні частоти вентилятор-асоційованої пневмонії з 30 до 10%.
9. Відсмоктувач електричний, трубка інтубаційна з системою для екстратубажної санації трахеї авторського дизайну.

10. Попередження вентилятор-асоційованої пневмонії у новонароджених в умовах відділень інтенсивної терапії, яким проводиться штучна вентиляція легень.
11. Немає.
12. Ускладнення при використанні запропонованого способу профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії у новонароджених відсутні.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією, кафедра анестезіології з інтенсивною терапією.
14. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України».
15. Знаменська Т.К., Шкурупій Д.А., Похилько В.І. (0675307770), Ковальова О.М., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І., Климчук Ю.Ю.

#### **Реєстр. № 298/5/18**

1. **СПОСІБ САНАЦІЇ ТРАХЕЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕКСТРАТУБАЖНОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічних захворювань, інвалідності та затримки розвитку», 0117U004538, 2017-1019 pp.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 120013. МПК (2017.01) А61М 16/04 (2006.01). Трубка ендотрахеальна з системою для екстратубажної санації трахеї / Шкурупій Д.А., Похилько В.І., Беляєв І.С., Ковальова О.М., Полторапавлов В.А., Ксьонз І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u20170298; заявл. 13.02.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб екстратубажної санації трахеї з використанням ендотрахеальної трубки включає санацію трахеї, що проводиться через канали в стінці інтубаційної трубки, які містять зовнішні перфоративні санаційні отвори. Поставлена задача вирішується шляхом використання оригінальної (авторської) ендотрахеальної трубки з системою для екстратубажної санації трахеї, яка відрізняється тим, що санація трахеї проводиться через канали в стінці інтубаційної трубки, які містять зовнішні перфоративні санаційні отвори. Проведення пролонгованої штучної вентиляції легень, особливо у пацієнтів відділень інтенсивної терапії (новонароджених і дітей раннього віку), потребує проведення відповідного туалету – санації ротоглотки та надманжетного простору, трахеї під час вентиляції, а даний спосіб надає можливість здійснювати лаваж трахеї по всій довжині зовнішньої поверхні інтубаційної трубки, включаючи застосування трубки без герметизуючої манжети.
8. Спосіб дає можливість покращити лікування пацієнтів відділень інтенсивної терапії (новонароджених і дітей раннього віку), які потребують тривалого проведення респіраторної підтримки, пов'язаної з дихальною недостатністю, поліорганими дисфункціями і попередити виникнення частоти вентилятор-асоційованої пневмонії. Позитивний ефект від використання корисної моделі полягає у зниженні частоти вентилятор-асоційованої пневмонії з 30 до 10%.
9. Трубка ендотрахеальна з системою для екстратубажної санації трахеї.
10. Попередження вентилятор-асоційованої пневмонії у пацієнтів відділень інтенсивної терапії, яким проводиться пролонгована штучна вентиляція легень.
11. Немає.
12. Ускладнень при використанні запропонованої ендотрахеальної трубки з системою для екстратубажної санації трахеї не спостерігалось.

13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією.
14. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України».
15. Знаменська Т.К., Похилько В.І. (0675307770), Шкурупій Д.А., Ковальова О.М., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І., Беляев І.С., Климчук Ю.Ю.

#### Реєстр. № 299/5/18

1. **РОЗШИРЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ІНГІБІНУ В У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РІЗНИХ ФОРМ ГІПОГОНАДИЗМУ У ХЛОПЧИКІВ.**
2. НДР «Розлади статевого диференціювання в дітей. Оптимізація діагностики і медичного супроводу на різних рівнях медичної допомоги», 0117U003036, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Дослідження рівня інгібіну В в сироватці крові хлопчиків з гіпогонадизмом різного генезу для визначення наявності функціонуючих яєчок, оцінки тестикулярної функції без необхідності проведення додаткових діагностичних проб. Інгібін В – біологічно активний складний білок, який є одним з первинних регуляторів секреції ФСГ. В чоловічому організмі він синтезується клітинами Сертолі яєчок і тому є потенційним маркером функції цих клітин. Нормальна, відповідно до віку, концентрація його в крові у хлопчиків до статевого дозрівання свідчить про функціональну здатність тканин яєчок. Зокрема, визначення базального рівня інгібіну В дозволяє відрізнити затримку статевого розвитку конституційного генезу (за типом Pubertas tarda) від ізольованого гіпогонадотропного гіпогонадизму. ТаК показник 35 pg/ml та нижчий є достатнім диференційним критерієм. З іншого боку у пацієнтів з анорхізмом (первинним гіпогонадизмом), рівень інгібіну В є вкрай низьким (або є таким, що не визначається) і має негативну кореляцію з рівнем ФСГ. Це дозволяє проводити диференційну діагностику різних форм гонадального дизгенезу у хлопчиків.
8. Медичний – можливість проводити диференціальну діагностику гіпогонадизму різного генезу у хлопчиків. Соціальний – відсутність необхідності госпіталізації хлопчиків для проведення діагностичних проб, натомість - можливість нетривалого амбулаторного обстеження; відсутність необхідності додаткових заборів крові з вени дитини під час діагностичних проб. Економічний – зменшення витрат на інші додаткові (лабораторні і інструментальні) методи обстеження.
9. Лабораторні набори (імуноферментний аналіз).
10. Хлопчики з гіпогонадизмом різного генезу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 02091, м. Київ, Кловський узвіз 13-А. Тел. (044) 253-66-26, факс (044) 253-66-26, e-mail: info@endocenter.kiev.ua.
14. Немає.
15. Зелінська Н.Б., Глоба Є.В., Шевченко І.Ю.

#### Реєстр. № 300/5/18

1. **СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Механізми формування та патогенетичне обґрунтування комплексного підходу до діагностики та профілактики поєднаної патології органів травлення у дітей», 0117U000590, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 3,D.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір: літературний письмовий твір «Опитувальник для скринінгової діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей на первинному етапі надання медичної допомоги» № 74634 від 13.11.2017, Україна / Слободянюк О.Л.; 2017.
6. Немає.
7. За допомогою запропонованої методики здійснюється неінвазивний спосіб скринінгової діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей різного віку вже на первинному етапі надання медичної допомоги. Метод відрізняється тим, що використовуючи адаптований до дитячого віку опитувальник по типу GERDQ можливо врахувати не тільки стравохідні, але й позастравохідні скарги і симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), а запропонована методика математичного аналізу результатів опитування дозволяє з високим ступенем достовірності визначати характер змін стравоходу у дітей та підлітків, що дає можливість в подальшому диференційовано призначати схеми лікування з індивідуальним підходом, в тому числі при коморбідних станах. Перевагою даної методики застосування є неінвазивність і доступність для практичного використання лікарем першого контакту, що дозволяє визначити не тільки діагноз ГЕРХ, але й особливості її перебігу, не використовуючи вартісні методи інвазивної діагностики, а також визначити індивідуалізоване лікування в подальшому.
8. Розроблений спосіб дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики ГЕРХ у дітей шкільного віку, що дає змогу індивідуалізувати лікування хворих дітей і покращити якість їх життя. Спосіб знижує термін перебування на стаціонарному та поліклінічному етапах, сприяє зниженню частоти загострення завдяки ранній діагностиці. Перевагою даного методу є застосування доступної для практичного використання методики, що дозволяє визначити скарги, характерні для ГЕРХ за допомогою адаптованого опитувальника з послідовними питаннями, що маркують наявність стравохідних та позастравохідних ознак гастроєзофагеального рефлюксу. Даний опитувальник сформований на основі міжнародного опитувальника GERDQ для дорослих, (який включає 3 блоки запитань), адаптований для дітей та доповнений 2 блоками питань для визначення наявності можливих поза стравохідних та атипичних скарг у пацієнтів.
9. Лікар-педіатр/ сімейний лікар/ лікар-дитячий гастроентеролог, адаптований опитувальник для скринінгової діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей.
10. Захворювання стравоходу у дітей: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.
11. Протипоказань немає.
12. Не спостерігалось.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. КНП «Міська дитяча клінічна лікарня № 19» Харківської міської ради. м. Харків, вул. В. Панасівська, 19.
15. Белоусова О.Ю., Павленко Н.В., Слободянюк О.Л. (0577250358).

**Реєстр. № 301/5/18**



1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО СЕКРЕТОРНОГО СЕРОЗНОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування хворих на хронічний риніт з урахуванням параметрів носового дихання», 0115U000144, 2015-2019 рр.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124847. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб лікування рецидивуючого секреторного серозного отиту у дітей / Гарюк Г.І., Кулікова О.О., Давиденко В.Л., Чумакова А.В.; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – № u201710881; заявл. 08.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Перед хірургічним втручанням аденоїдів і тимпанопункції барабанних перетинок для діагностики гострої фази інфікованості вірусом Епштейн-Барр (ВЕБ) в сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) визначають ІgМ до капсидного комплексу (VCA) і ІgG до раннього антигену (ЕА). При виявленні у дитини гіпертрофії аденоїдів з супутнім секреторним середнім отитом, інфікованою вірусом Епштейна-Барр, у передопераційному періоді проводять антигерпетичне лікування препаратом валовір 500 мг 2 рази на день, протягом 10 діб.
8. Розроблений спосіб надає можливість уникнути рецидиву секреторного середнього отиту у дітей
9. Необхідно мати лабораторію, де можуть виконувати імуноферментні дослідження. Зокрема, для цього дослідження треба мати набори ІФА реактивів до ІgМ до капсидного комплексу (VCA) ІgG до раннього антигену (ЕА).
10. Діти з гіпертрофією аденоїдів і рецидивним супутнім секреторним середнім отитом.
11. Немає.
12. Алергія на валовір. Запобігання – збір алергологічного анамнезу.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Академіка Амосова, 58.
14. Немає.
15. Гарюк Г.І. (0577041616), Кулікова О.О. (0501607659), Давиденко В.Л., Чумакова А.В. (0679594848).

#### Реєстр. № 302/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО СЕКРЕТОРНОГО СЕРОЗНОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування хворих на хронічний риніт з урахуванням параметрів носового дихання», 0115U000144, 2015-2019 рр.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124960. МПК А61N 7/00, G01N 33/48 (2006.01). Спосіб лікування рецидивуючого секреторного серозного отиту у дітей /Гарюк Г.І., Кулікова О.О., Чумакова А.В., Звегінцева Л.Г.; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – № u201711612; заявл. 27.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб лікування здійснюють шляхом ендаурального фонофорезу з імуномодулятором тималіном. Попередньо встановлюють інфікованість вірусом Епштейн-Барр (ВЕБ) в сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) і досліджують імунограму 1-го рівня.

8. Розроблений спосіб надає можливість уникнути рецидиву секреторного середнього отиту у дітей.
9. Необхідно мати лабораторію, де можуть виконувати імуноферментні дослідження. Зокрема, для цього дослідження треба мати набори ІФА реактивів до IgM до капсидного комплексу (VCA) і IgG до раннього антигену (EA) і показників імунограми 1-го рівня.
10. Діти з рецидивуючим секреторним середнім отитом, інфікованих ВЕБ.
11. Немає.
12. Алергія на тималін. Запобігання – збір алергологічного анамнезу, алергологічна внутрішньо шкірна проба на тималін.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Академіка Амосова, 58.
14. Немає.
15. Гарюк Г.І. (0577041616), Кулікова О.О. (0501607659), Чумакова А.В. (0679594848), Звєгінцева Л.Г. (0577041624).

### Реєстр. № 303/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ВІКОМ ДО 6 РОКІВ З ПОВТОРНИМИ ЕПІЗОДАМИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією у сучасних екологічних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124872. МПК G01N 33/497, G01N 21/00. Спосіб прогнозування формування бронхіальної астми у дітей віком до 6 років з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому / Макєєва Н.І., Малахова В.М., Алексєєва Н.П., Бірюкова М.К., Яворович М.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u 201711074; заявл. 13.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Спосіб прогнозування формування бронхіальної астми у дітей віком до 6 років з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому, що включає дослідження рівнів загальних фосфоліпідів у конденсаті повітря, що видихається. This is method of prognosis bronchial asthma in children 6 years of age with wheezing. This is method includes study of phospholipids in exhaled breath condensate.
7. Спосіб прогнозування формування бронхіальної астми у дітей віком до 6 років з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому, який відрізняється тим, що за допомогою спектрофотометричного метода, шляхом тонкошарової хроматографії за стандартними методиками в конденсаті повітря, що видихається, визначають рівні загальних фосфоліпідів та при рівні загальних фосфоліпідів вище ніж 94,61 ммоль/л прогнозують формування бронхіальної астми у дітей.
8. Медичні – підвищення точності діагностики та прогнозування формування бронхіальної астми у дітей до 6 років. Соціальні – покращення якості життя у дітей з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування дітей з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому, за рахунок ранньої діагностики формування бронхіальної астми та запобігання ускладнень перебігу захворювання.
9. Прилад для збору конденсату повітря, що видихається, термометр, мембрано-крильчатий лічильник.
10. Бронхообструктивний синдром з повторними епізодами.
11. Немає.

12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Макєєва Н.І., Малахова В.М. (0506238759), Алексєєва Н.П., Бірюкова М.К., Яворович М.В.

#### Реєстр. № 304/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією у сучасних екологічних умовах», 0114U003393, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115486. МПК G01N 33/53. Спосіб діагностики активізації запального процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму / Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Губар С.О., Головачова В.О., Алексєєва Н.П.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201601651; заявл. 22.02.2016; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Спосіб діагностики активізації запального процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму, що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема рівня моноцитарного хемоатрактантного протеїну 1, з наступним порівнянням його з показниками дітей, хворих на бронхіальну астму, та оцінкою активізації запального процесу. The method of diagnostics of activation of the inflammatory process in children with bronchial asthma. This method includes study of clinical and laboratory parameters, such as level of monocyte chemoattractant protein-1 with the following comparison with this parameter in children with bronchial asthma and assessment of the activation of the inflammatory process.
7. Спосіб діагностики запального процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму, який відрізняється тим, що діагностику активізації запального процесу виконують шляхом визначення у сироватці крові за допомогою твердофазного імуноферментного аналізу ELISA з використанням набору Bander Medsystems рівня моноцитарного хемоатрактантного протеїну 1 (MCP-1), і при рівні MCP-1 у сироватці крові вище ніж 440 пг/мл діагностують активізацію запального процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму.
8. Медичні – підвищення точності діагностики запального процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму. Соціальні – покращення якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму, шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, за рахунок ранньої діагностики та запобігання ускладнень перебігу захворювання, що може скоротити термін перебування в стаціонарі на 5-8 діб (що складає близько 700-800 грн).
9. Реактиви для визначення моноцитарного хемоатрактантного протеїну 1 в сироватці крові, пробірки-епендорф, лікар-лаборант.
10. Бронхіальна астма у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Губар С.О., Головачова В.О. (0667680868), Алексєєва Н.П.

### Реєстр. № 305/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією у сучасних екологічних умовах», 0114U003393, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117978. МПК G01N 33/50. Спосіб діагностики діабетичної нефропатії у дітей, хворих на цукровий діабет / Макєєва Н.І., Цимбал В.М., Головачова В.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201702238; заявл. 10.03.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 13.
6. Спосіб діагностики діабетичної нефропатії у дітей, хворих на цукровий діабет, що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема рівня вітамін D-зв'язуючого білка, з наступним порівнянням його з показниками дітей, хворих на цукровий діабет, та оцінкою наявності діабетичної нефропатії. The method of diagnostics of diabetic nephropathy in children with diabetes mellitus. This method includes study of clinical and laboratory parameters, such as level of vitamin D-binding protein with the following comparison with this parameter in children with diabetes mellitus and assessment of the presence of diabetic nephropathy.
7. Спосіб діагностики діабетичної нефропатії у дітей, хворих на цукровий діабет, який відрізняється тим, що в ранковій сечі за допомогою імуноферментного аналізу на імуноферментному аналізаторі визначають рівень gc-глобуліну – вітамін D-зв'язуючий білок, і при його у сечі вище ніж 216 мкг/л діагностують діабетичну нефропатію у дітей, хворих на цукровий діабет.
8. Медичні – підвищення точності діагностики діабетичної нефропатії у дітей, хворих на цукровий діабет. Соціальні – покращення якості життя у дітей, хворих на цукровий діабет, шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування дітей, хворих на цукровий діабет, за рахунок ранньої діагностики та запобігання ускладнень перебігу захворювання, що може скоротити термін перебування в стаціонарі на 5-8 діб (що складає близько 700-800 грн).
9. Реактиви для визначення вітамін D-зв'язуючого білка у ранковій сечі, імуноферментний аналізатор «LabLine-90», пробірки-епендорф, лікар-лаборант.
10. Цукровий діабет у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Макєєва Н.І., Цимбал В.М., Головачова В.О. (0667680868).

### Реєстр. № 306/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією у сучасних умовах», 0114U003393, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 114858. МПК G01N 33/50. Спосіб діагностики тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей / Одинець Ю.В., Васильченко Ю.В.,

Макєєва Н.І., Бірюкова М.К.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201601652; заявл. 22.02.2016; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.

6. Спосіб діагностики тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей, що включає оцінку ендотеліальної дисфункції, дослідження лабораторних показників, зокрема розчинної молекули судинної міжклітинної адгезії-1, з оцінкою тяжкості перебігу захворювання. The method of diagnostics of bronchial asthma severity in children. This method includes evaluation of endothelial dysfunction and study of laboratory parameters, such as level of soluble vascular cell adhesion molecule-1 with assessment of the severity of the disease.
7. Спосіб діагностики тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей, який відрізняється тим, що для діагностики тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей в пробі сироватки крові за допомогою імуноферментного аналізу з використанням набору Human sVCAM-1 Platinum ELISA (BMS 232) визначають рівень розчинної молекули судинної міжклітинної адгезії-1 (sVCAM-1), і при рівні sVCAM-1 у сироватці крові від 800,0 до 1099,0 нг/мл діагностують легкий персистуючий перебіг бронхіальної астми, при рівні sVCAM-1 від 1100,0 до 1399,0 нг/мл діагностують середній персистуючий перебіг бронхіальної астми та при рівні sVCAM-1 вище ніж 1400,0 нг/мл діагностують тяжкий персистуючий перебіг бронхіальної астми у дітей.
8. Медичні – підвищення точності діагностики тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей. Соціальні – покращення якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, за рахунок ранньої діагностики та запобігання ускладнень перебігу захворювання, що може скоротити термін перебування в стаціонарі на 5-8 діб (що складає близько 700-800 грн.).
9. Реактиви для визначення розчинної молекули судинної міжклітинної адгезії-1 (набір реактивів «Bender Medsystems» (Австрія), пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Бронхіальна астма у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Макєєва Н.І., Одинець Ю.В., Васильченко Ю.В. (0668622891), Бірюкова М.К.

#### Реєстр. № 307/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ З ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією у сучасних екологічних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124873. МПК G01N 33/53. Спосіб діагностики рефлюкс-нефропатії у дітей з везикоуретеральним рефлюксом / Макєєва Н.І., Ярова К.К., Головачова В.О., Морозова О.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u 201711078; заявл. 13.11.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл.№ 8.
6. Спосіб діагностики рефлюкс-нефропатії у дітей з везикоуретеральним рефлюксом, що включає дослідження профіброгенних цитокінів, зокрема рівня трансформуючого фактору росту бета-1 (TGF- $\beta$ 1) та фактору росту ендотелію судин (VEGF). This is method of diagnostics reflux-nephropathy in children with vesicoureteral

- reflux. This is method included study of profibrogenic cytokines, such as transforming growth factor beta 1 (TGF-  $\beta$  1) and endothelial growth factor (VEGF).
7. Спосіб діагностики рефлюкс-нефропатії у дітей з везикоуретеральним рефлюксом, який відрізняється тим, що за допомогою імуноферментного аналізу в добовій сечі з використанням набору Platinum ELISA визначають профіброгенний цитокін трансформуючого фактору росту бета-1 (TGF- $\beta$ 1) та фактору росту ендотелію судин (VEGF), і при рівні TGF- $\beta$ 1 вище ніж 105,5 пг/мл та при рівні VEGF нижче ніж 223,1 пг/мл діагностують рефлюкс-нефропатію в дітей з везикоуретеральним рефлюксом.
  8. Медичні – підвищення точності діагностики рефлюкс-нефропатії у дітей з везикоуретеральним рефлюксом. Соціальні – покращення якості життя у дітей з везикоуретеральним рефлюксом. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування дітей з рефлюкс-нефропатією за рахунок ранньої діагностики та запобігання ускладнень перебігу захворювання.
  9. Реактиви для визначення трансформуючого фактору росту бета-1 та фактору росту ендотелію судин (набір реактивів «Platinum ELISA» (Австрія), пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
  10. Везикоуретеральний рефлюкс у дітей.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Макєєва Н.І., Ярова К.К., Головачова В.О., Морозова О.О. (0677157121).

#### Реєстр. № 308/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах», 0114U003393, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія, неонатологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121786. МПК А61В 8/00, А61В 8/02 (2006.01), А61В 8/06 (2006.01), А61В 5/02 (2006.01). Спосіб діагностики серцево-судинних розладів у новонароджених з груп перинатального ризику / Бойченко А.Д., Гончарь М.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201707695; заявл. 20.07.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Спосіб діагностики серцево-судинних розладів у новонароджених з груп перинатального ризику включає діагностику систолічної та діастолічної функцій шлуночків серця. Методом подвійного доплера досліджують стан діастолічної функції шлуночків серця та за даними тканинної доплерографії визначають тип діастолічної дисфункції, при цьому порушення діастолічної функції за типом уповільненої релаксації лівого шлуночка (ЛШ) встановлюють, якщо максимальна швидкість раннього діастолічного розслаблення ( $E'max$ ) (боковий відділ)  $\geq 6,0$  см/с, співвідношення діастолічних «пиків» руху атріовентрикулярних кілець ( $E'/A'$ )  $< 1,0$ , співвідношення максимальної швидкості раннього трансмітрального або транстрикуспідального кровотоків до швидкості раннього діастолічного розслаблення ( $E/E'$ )  $\leq 7,0$ , час ізовольомічного розслаблення (IVRT)  $> 62,3$  мс; правого шлуночка (ПШ), якщо  $E'max$  (боковий відділ)  $\geq 7,0$  см/с,  $E'/A' < 1,0$ ,  $E/E' \leq 8,0$ , IVRT  $> 61,1$  мс; порушення діастолічної функції ЛШ за типом псевдонормалізації встановлюють, якщо  $E'max$  (боковий відділ)  $< 6,0$  см/с,  $E'/A' < 1,0$ ,  $E/E' 7,0-10,0$ , IVRT  $> 62,3$  мс; ПШ, якщо  $E'max$  (боковий відділ)  $< 7,0$  см/с,  $E'/A' < 1,0$ ,  $E/E' 8,0-10,$

IVRT>61,1 мс; порушення діастолічної функції ЛШ за рестриктивним типом встановлюють, якщо  $E'max$  (боковий відділ)<4,0 см/с,  $E'/A'$ <1,0,  $E/E' \geq 10,0$ , IVRT <47,0 мс; ПШ, якщо  $E'max$  (боковий відділ)<4,0 см/с,  $E'/A'$ <1,0,  $E/E' \geq 10,0$ , IVRT<49,0 мс; невизначений тип діастолічної дисфункції ЛШ встановлюють, якщо  $E'max$  (боковий відділ)  $\geq 6,0$  см/с, ПШ, якщо  $E'max$  (боковий відділ)  $\geq 7,0$  та за наявності різної графіки комплексів у різних серцевих циклах. The method of diagnosing cardiovascular disorders in perinatal risk newborns includes diagnosis of systolic and diastolic functions of ventricles of the heart. Double Doppler method is employed to determine the state of diastolic function of the ventricles of the heart and tissue Doppler echography is administered to determine the type of diastolic dysfunction, while diastolic function disturbances by the type of delayed relaxation of the left ventricle (LV) are established if the maximum speed of early diastolic relaxation ( $E'max$ ) (lateral department)  $\geq 6.0$  cm/s, the ratio of diastolic “peaks” of the motion of atrioventricular rings ( $E'/A'$ )<1.0, the ratio of the maximum speed of transmitral or transcuspid blood flow to the speed of early diastolic relaxation ( $E/E'$ ) $\leq 7.0$ , the time of isovolumic relaxation (IVRT)>62.3 ms; right ventricle (RV), if  $E'max$  (lateral department)  $\geq 7.0$  cm/s,  $E'/A'$ <1.0,  $E/E' \leq 8.0$ , IVRT>61.1 ms; disruption of diastolic function of LV by the type of pseudonormalization is determined if  $E'max$  (lateral department)<6.0 cm/s,  $E'/A'$ <1.0,  $E/E' 7.0-10.0$ , IVRT> 62.3 ms; RV, if  $E'max$  (lateral department)<7.0 cm/s,  $E'/A'$ <1.0,  $E/E' 8.0-10$ , IVRT>61.1 ms; disturbance of LV diastolic function by restrictive type is established if  $E'max$  (lateral department) <4.4 cm/s,  $E'/A'$ <1.0,  $E/E' \geq 10.0$ , IVRT<47.0 ms; RV, if  $E'max$  (lateral department)<4.0 cm/s,  $E'/A'$ <1.0,  $E/E' \geq 10.0$ , IVRT<49.0 ms; undetermined type of diastolic dysfunction of LV is established if  $E'max$  (lateral department) $\geq 6.0$  cm/s, RV, if  $E'max$  (lateral department) $\geq 7.0$  and in different pattern of complexes in different heart cycles.

7. Спосіб діагностики серцево-судинних розладів у новонароджених з груп перинатального ризику, який включає ультразвукове дослідження серця, який відрізняється тим, що з використанням доплерехокардіографії вимірюють фракції викиду шлуночків серця за методом Teichholz та Simpson, фракційні зміни площі шлуночків та при зниженні даних показників нижче порогового рівня діагностують систолічну дисфункцію, розраховують індекс Tei та при збільшенні його значення діагностують погіршення глобальної міокардіальної функції шлуночків, методом подвійного доплера досліджують стан діастолічної функції шлуночків серця та за даними тканинної доплерографії визначають тип діастолічної дисфункції.
8. Медичні – рання діагностика клінічних або субклінічних проявів серцево-судинних порушень у новонароджених з груп перинатального ризику та попередження розвитку кардіоваскулярних подій у майбутньому. Соціальні – покращення якості життя дітей з груп перинатального періоду, шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат на виходжування новонароджених з груп перинатального періоду.
9. Апарат для доплерографічного дослідження серця та магістральних судин, лікар ультразвукової діагностики.
10. Серцево-судинні розлади перинатального періоду у новонароджених.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бойченко А.Д. (0676808305), Гончарь М.О.

**Реєстр. № 309/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ГРУП ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах», 0114U003393, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія, неонатологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121787. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування ризику розвитку міокардіальної дисфункції у новонароджених та дітей першого року життя з груп перинатального ризику / Бойченко А.Д., Гончарь М.О., Кондратова І.Ю.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201707696; заявл. 20.07.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Спосіб прогнозування ризику розвитку міокардіальної дисфункції у новонароджених, який включає проведення доплерехокардіографії з визначенням показників систолічної та діастолічної функції шлуночків, який відрізняється тим, що у новонароджених та дітей першого року життя з груп перинатального ризику додатково беруть букальний зіскрібок з визначенням поліморфізму генів ендотеліальної синтази оксиду азоту eNOS. A method for predicting the risk of developing myocardial dysfunction in newborns, which includes Doppler echocardiography with determination of systolic and diastolic function of the ventricles and additional buccal swabs taken from perinatal risk newborns and children of the first year of life to determine polymorphism of genes of nitric oxide endothelial synthase (eNOS).
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку міокардіальної дисфункції у новонароджених, який включає проведення доплерехокардіографії з визначенням показників систолічної та діастолічної функції шлуночків у новонароджених та дітей першого року життя з груп перинатального ризику, у яких додатково беруть букальний зіскрібок з визначенням поліморфізму генів ендотеліальної синтази оксиду азоту eNOS та при виявленні носіїв генотипу CC прогнозують ризик розвитку міокардіальної дисфункції.
8. Медичні – прогнозування ризику розвитку міокардіальної дисфункції та попередження розвитку кардіоваскулярних подій у майбутньому. Соціальні – покращення якості життя дітей з груп перинатального ризику шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат на виходжування новонароджених з груп перинатального ризику.
9. Апарат для доплерографічного дослідження серця та магістральних судин, лікар ультразвукової діагностики, комплект реагентів для експрес-виділення ДНК з букального зіскрібка.
10. Новонароджені з груп перинатального ризику.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Гончарь М.О., Тесленко Т.О., Бойченко А.Д. (0676808305), Кондратова І.Ю.

#### Реєстр. № 310/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РІВНЯ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А В СЛИНІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.**
2. НДР «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», 0116U004975, 2016-2018 рр.



3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115848. МПК G01N 33/48, A61M 25/00, A61B 10/00. Спосіб прогнозування рівня секреторного імуноглобуліну А в слині дітей, хворих на бронхіальну астму /Кривенко Л.С., Назарян Р.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201700397; заявл. 16.01.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Спосіб прогнозування рівня секреторного імуноглобуліну А в слині дітей, хворих на бронхіальну астму, що включає неінвазивне дослідження показників ротової рідини, зокрема рівня секреторного імуноглобуліну А, з наступним прогнозуванням рівня запалення тканин пародонту і кровоточивості згідно зі шкалою Н.Р. Muhlemann та S. Son шляхом встановлення кореляційних зв'язків між рівнями даних показників. A method for predicting the level of secretory immunoglobulin A in the saliva of children with bronchial asthma, which includes a non-invasive study of oral fluid parameters, in particular the level of secretory immunoglobulin A, followed by prediction of inflammation of periodontal tissues and bleeding according to the scale of H.R. Muhlemann and S. Son by establishing correlations between the levels of these indicators.
7. Спосіб прогнозування рівня секреторного імуноглобуліну А в слині дітей, хворих на бронхіальну астму, який включає визначення у дитини, хворої на бронхіальну астму, індексу оцінки стану тканин ясен і кровоточивості шляхом зондування ясенних сосочків за допомогою гудзикуватого зонда з наступною оцінкою результатів зондування за шкалою Н.Р. Muhlemann та S. Son і при величині індексу Н.Р. Muhlemann та S. Son на рівні  $3,72 \pm 0,27$  балів рівень секреторного імуноглобуліну А прогнозують за допомогою методу найменших квадратів як  $99,71 \pm 14,38$  мкг/мл, при необхідності його рівень визначають потім за допомогою імуноферментного аналізу на імуноферментному аналізаторі Лаблайн 90 з використанням комерційних наборів Вектор-Бест за доданою до набору методикою.
8. Медичні – рання діагностика гінгівіту у дітей з бронхіальною астмою, зниження ризику прогресування гінгівіту у пародонтит. Соціальні – покращення якості життя у хворих з бронхіальною астмою та гінгівітом. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування та профілактику гінгівіту та пародонтиту, а також їх наслідків – втрати зубів за рахунок своєчасної неінвазивної діагностики.
9. Гудзикуватий зонд, лікар-стоматолог.
10. Бронхіальна астма, гінгівіт.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кривенко Л.С. (0508431326), Назарян В.С.

## РАДІОЛОГІЯ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЯ

Реєстр. № 311/5/18

1. **СПОСІБ ТРИЕТАПНОЇ РАДІОНУКЛІДНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З МНОЖИННИМИ МЕТАСТАЗАМИ В СКЕЛЕТ.**
2. НДР «Оптимізація радіонуклідно-медикаментозної терапії множинних віддалених метастазів у хворих на гормонозалежні пухлини», 0118U003567, 2018-2022 рр.
3. Радіологія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 126327. МПК А61К 51/00, А61К 31/00, А61Р 35/04 (2006.01). Спосіб триетапної радіонуклідно-медикаментозної терапії хворих на рак передміхурової залози з множинними метастазами в скелет / Мечев Д.С., Щербіна О.В., Северин Ю.П.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201801380; заявл. 12.02.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб триетапної радіонуклідно-медикаментозної терапії хворих на рак передміхурової залози з множинними метастазами в скелет, який включає призначення радіонуклідної терапії, відрізняється тим, що на першому і третьому етапах лікування використовують  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфору внутрішньовенно активністю 4000 – 6000 МБк, на другому – перорально радіофармпрепарат ортофосфат натрію –  $\text{Na}_2\text{H}^{32}\text{PO}_4$  активністю 350 – 400 МБк, причому додатково до радіонуклідного лікування на всіх трьох етапах призначають гормонотерапію (триптореліну ацетат), препарат з групи бісфосфонатів – золедронову кислоту.
8. Підвищується тривалість безбольової ремісії, тривалість та якість життя пацієнтів: відмова від наркотичних і зменшення доз ненаркотичних анальгетиків, підвищення рухової активності, відновлення працездатності. Якість життя за шкалою Карновського зростає з 30-40 до 70-90%. Завдяки оптимальній схемі терапії зменшується вартість лікування.
9. Радіофірм-препарати:  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфору та ортофосфат натрію –  $\text{Na}_2\text{H}^{32}\text{PO}_4$ ; препарати: триптореліну ацетат, золедроніва кислота.
10. Множинні метастази в скелет у хворих на рак передміхурової залози.
11. Кахексія, різко знижені гематологічні показники, прогнозована тривалість життя менше 3 міс.
12. Транзиторне зниження гематологічних показників, яке не потребує спеціального лікування.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел. (044) 483-06-05.
14. Немає.
15. Щербіна О.В. (0444830605), Северин Ю.П.

#### Реєстр. № 312/5/18

1. **СПОСІБ РАДІОНУКЛІДНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З МНОЖИННИМИ МЕТАСТАЗАМИ В СКЕЛЕТ З ЗАСТОСУВАННЯМ  $^{153}\text{SM}$ -ОКСАБІФОРУ.**
2. НДР «Оптимізація радіонуклідно-медикаментозної терапії множинних віддалених метастазів у хворих на гормонозалежні пухлини», 0118U003567, 2018-2022 рр.
3. Радіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118896. МПК А61К 31/00, А61К 51/00, А61Р 35/04 (2006.01). Спосіб радіонуклідно-медикаментозної терапії хворих на рак передміхурової залози з множинними метастазами в скелет з застосуванням  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфору / Мечев Д.С., Щербіна О.В., Северин Ю.П., Григоренко В.М., Волков С.С.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201703513; заявл. 11.04.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб радіонуклідно-медикаментозної терапії хворих на рак передміхурової залози з множинними метастазами в скелет з застосуванням  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфору, який включає призначення радіонуклідної терапії, відрізняється тим, що замість

- радіонуклідного лікування  $\text{Na}_2\text{H}^{32}\text{PO}_4$  призначають  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфор та медикаментозну терапію, причому лікування проводять в два етапи: на обох етапах з інтервалом 3 місяці використовують радіофармпрепарат  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфор внутрішньовенно активністю 4000 - 6000 МБк та призначають гормонотерапію (гозереліну ацетат, бікалутамід), препарат з групи бісфосфонатів – золедронову кислоту.
8. Підвищується тривалість безбольової ремісії, тривалість та якість життя пацієнтів: відмова від наркотичних і зменшення доз ненаркотичних анальгетиків, підвищення рухової активності, відновлення працездатності. Якість життя за шкалою Карновського зростає з 30-40 до 70-90%. Завдяки оптимальній схемі терапії зменшується вартість лікування.
  9. Радіофармпрепарат:  $^{153}\text{Sm}$ -оксабіфор, препарати: гозереліну ацетат, бікалутамід, золедронінова кислота.
  10. Множинні метастази в скелет у хворих на рак передміхурової залози.
  11. Кахексія, різко знижені гематологічні показники, прогнозована тривалість життя менше 3 міс.
  12. Транзиторне зниження гематологічних показників, яке не потребує спеціального лікування.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 483-06-05.
  14. ДУ «Інститут урології НАМН України». 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а.
  15. Щербіна О.В. (0444830605), Северин Ю.П., Григоренко В.М., Волков С.С.

#### Реєстр. № 313/5/18

1. **СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАННІМ ПРОМЕНЕВИМ РЕАКЦІЯМ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КУРСУ РАДІОТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Розробка методів профілактики, діагностики та лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів», 011U001087, 2014-2020 рр.
3. Радіологія.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 127543. МПК А61К 9/06, А61К 31/44. Спосіб запобігання раннім променевим реакціям шкіри при проведенні радіотерапії / Почерняєва В.Ф., Васько Л.М., Жукова Т.О.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201801880; заявл. 23.02.2018; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Проведення радіотерапії, як правило супроводжується побічною дією – виникненням променевих реакцій, які зумовлені посиленням процесів вільнорадикального окислення, гострим розладом мікроциркуляції в опромінених тканинах, пригніченням репаративних процесів. Автори пропонують спосіб запобігання раннім променевим реакціям шкіри при проведенні радіотерапії у хворих на рак молочної залози, який комплексно діє на всі ланки патогенезу радіаційного ушкодження. З цією метою використаний синтетичний антиоксидант прямої дії емоксипін у вигляді лікарської форми «мазь». Мазь наноситься тонким шаром на зону, яка підлягала опроміненню за 30 хвилин до та через 1 і 2 години після опромінення.
8. Медичні: Місцеве використання 1% мазі емоксипінової комплексно діє на всі ланки патогенезу радіаційного ушкодження (блокада вільнорадикального окислення, гострий судинний розлад), що дозволяє запобігти ранньої променевої реакції при проведенні курсової радіотерапії (25% пацієнтів проти 70% без використання лікарських засобів). Вираженість реакції за клінічними ознаками (гіперемія, набряк,

свербіж) і суб'єктивним відчуттям були значно меншими. Зворотні зміни при використанні мазі емоксипінової наступали на 2-3 дні раніше, ніж без використання лікарських засобів. Мазь знижує реактивний синдром, судинну реакцію та має знеболюючу дію. Соціальні: Превентивне використання 1% мазі емоксипінової при проведенні курсової радіотерапії дозволить запобігти розвитку ранніх променевоїх реакцій, що призводить до покращення якості життя пацієнтів. Крім того, даний спосіб зручний для використання, так як мазь емоксипінова має вдосконалену водорозчинну синтетичну основу і не забруднює одяг хворих. Економічні: Даний спосіб скорочує строки лікування хворих на рак молочних залоз, які отримують радіотерапію та виключає подальше терапевтичне лікування променевоїх уражень з використанням дороговартісних лікарських засобів.

9. Лікар, наявність 1% мазі емоксипінової (препарат «Антитромб», виробництва ВАТ «Лубнифарм»).
10. Запобігання розвитку ранніх променевоїх реакцій при проведенні курсової радіотерапії хворих на рак молочних залоз.
11. Немає.
12. Чітке дотримання інструкції по медичному застосуванню препарату «Антитромб».
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Жукова Т.О., Васько Л.М. (0508137288), Почерняєва В.Ф.

## РЕВМАТОЛОГІЯ

### Реєстр. № 314/5/18

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418; 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128225. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201802667; заявл. 16.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом – вміст інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), і при гомозиготному носійстві 677-ТТ і рівні ІЛ-6 >10 нг/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня інтерлейкіну 6 у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.

12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### **Реєстр. № 315/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418, 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128227. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201802671; заявл. 16.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена синтази оксиду азоту (eNOS T786C), імуноферментним методом – вміст С-реактивного протеїну (СРП), і при гомозиготному носійстві 786-CC та рівні СРП >6 мг/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня протеїну С у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### **Реєстр. № 316/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418; 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128253. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В.,

- Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803011; заявл. 26.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
  7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена синтази оксиду азоту (eNOS T786C), імуноферментним методом – вміст остеокальцину, і при гомозиготному носійстві 786-CC, рівні остеокальцину <12 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу.
  8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
  9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня остеокальцину у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
  10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
  14. Немає.
  15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 317/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418, 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 129122. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803239; заявл. 28.03.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена синтази оксиду азоту (eNOS T786C), імуноферментним методом – вміст С-кінцевого пропептиду колагену І типу (СІСР) і при гомозиготному носійстві 786-CC, рівні СІСР <102 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня С-кінцевого пропептиду колагену І типу у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.

13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 318/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418; 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128795. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803294; заявл. 29.03.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом – вміст оксипроліну і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, вмісті оксипроліну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня оксипроліну у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 319/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418, 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128004. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний

- інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803527; заявл. 02.04.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Немає.
  7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена синтази оксиду азоту (eNOS T786C), імуноферментним методом – вміст піридиноліну і при гомозиготному носійстві 786-CC, рівні піридиноліну >8 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу.
  8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
  9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня піридиноліну у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
  10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
  14. Немає.
  15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 320/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418, 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128313. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803636; заявл. 05.04.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідролатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом – вміст глікозаміногліканів (ГАГ) і при гомозиготному носійстві 677-TT, вмісті ГАГ >28 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня глікозаміногліканів у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.



14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 321/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ.**
2. НДР «Вивчити роль клінічних, молекулярно-генетичних, метаболічних, імунозапальних та гемокоагуляційних чинників у формуванні серцево-судинних уражень при ревматоїдному артриті та розробити рекомендації з їх профілактики та лікування», 0116U001418; 2016-2018 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128822. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / Шевчук В.І., Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.; заявник і патентовласник науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – № u201803652; заявл. 05.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена синтази оксиду азоту (eNOS T786C), імуноферментним методом – вміст хрящового олігомерного матричного протеїну (COMP) і при гомозиготному носійстві 786-CC, рівні COMP >595 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартний набір для визначення рівня хрящового олігомерного матричного протеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника на імуноферментному аналізаторі.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І. (0432511266), Шевчук С.В., Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

#### Реєстр. № 322/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОДЕФЦИТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ.**
2. НДР «Клінічні, метаболічні та імунні особливості перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різного віку з патологією опорно-рухової системи та шляхи їх медикаментозної корекції», 0113U002270, 2013-2015 рр.
3. Внутрішні хвороби, ревматологія, гастроентерологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 111899. МПК А61К 31/00, А61К 31/593, А61Р 1/04, А61Р 19/08. Спосіб лікування остеодефіциту у хворих на ревматоїдний артрит, ускладнений гастроєзофагеальним рефлюксом / Пасієшвілі Л.М., Заздравнов А.А., Андруша А.Б.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № a201412988; заявл. 04.12.2014; опубл. 24.06.2016. Бюл. № 12.

6. Спосіб лікування остеопенії у хворих на ревматоїдний артрит, який включає призначення у складі комплексної терапії препарату кальцію з вітаміном D3, який відрізняється тим, що хворим на ревматоїдний артрит, ускладнений гастроєзофагеальним рефлюксом, призначають кальцій-D3-нікомед по 1 таблетці двічі на день та додатково призначають бівалос 2 г на добу за інтермітуючою схемою: терапія – перерва у співвідношенні 3:1, пожиттєво. The method of treatment of osteopenia in patients with rheumatoid arthritis complicated by gastroesophageal reflux, which includes: administration of a calcium supplementation with vitamin D3 1 tablet twice a day and additional prescribing of Bivalos 2 g per day according to the intermittent scheme: therapy - a break in the ratio 3: 1, for life.
7. Спосіб лікування генералізованої остеопенії у хворих на ревматоїдний артрит, ускладнений гастроєзофагеальним рефлюксом, який включає призначення безпечної стосовно слизової оболонки стравоходу та ефективною остеопротективною терапії – кальцій-D3-нікомед по 1 таблетці двічі на день та бівалос (збільшує утворення кістки та зменшує її резорбцію) по 2 г на добу за інтермітуючою схемою: терапія - перерва у співвідношенні 3:1, пожиттєво.
8. Медичні – зниження ризику езофагеальних ускладнень у хворих на ревматоїдний артрит та остеопороз. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ревматоїдний артрит із супутнім остеопорозом. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 150,0 грн. на лікування 1 хворого на остеопороз, що розвинувся на тлі ревматоїдного артриту з езофагеальними ускладненнями.
9. Лікарські засоби: бівалос, кальцій-D3-Нікомед; лікар.
10. Профілактика езофагеальних ускладнень (гастроєзофагеальний рефлюкс, езофагіт) у хворих на ревматоїдний артрит та остеопороз.
11. Індивідуальна непереносимість речовин, що входять в препарати.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Пасієшвілі Л.М., Заздравнов А.А. (0506528111), Андруша А.Б.

## СТОМАТОЛОГІЯ

### Реєстр. № 323/5/18

1. **СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118428. МПК (2017.01) А61К 36/00 Спосіб дослідження хронічного катарального гінгівіту в дітей на тлі цукрового діабету / Годованець О.І., Котельбан А.В., Коваль Г.Д.; заявник і патентовласник ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201701443; заявл. 16.02.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Проводять клінічні методи обстеження дитини, хворої на хронічний катаральний гінгівіт на тлі цукрового діабету: скарги, анамнез, огляд, пальпація, зондування, визначення індекса гігієни та пародонтальних індексів: папілярно-маргінально-альвеолярного, йодного числа Свракова, комунальний пародонтальний індекс. Поширеність та інтенсивність ураження тканин пародонта визначали за кількістю

секстантів із кровоточивістю та зубним каменем. Наступним етапом є параклінічне дослідження букального епітелію. Дітям, хворим на хронічний катаральний гінгівіт на тлі цукрового діабету, проводять ретельне полоскання ротової порожнини дистильованою водою протягом хвилини. Далі здійснюють забір букального епітелію вранці, щонайменше через 4 години після останнього вживання їжі, шляхом зішкребу клітин із внутрішнього боку щоки одноразовим зондом із синтетичним ворсом. Надалі зонд поміщують у стерильну одноразову пробірку типу «Епіндорф» із транспортним середовищем. Визначають рівень експресії прозапальних (IL-1 $\beta$ , IL-17A) та протизапальних цитокінів (IL-10), а також показників вродженої імунної відповіді – толл-подібних рецепторів (TLR-2, TLR-4) у букальному епітелії методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу з використанням набору „Trizol RNA Prep 100” (Ізоген Lab., LTD, Росія). Визначення мРНК досліджуваних генів проводиться з розрахунком відносної нормалізованої кількості кДНК досліджуваних генів, коли дані контрольної групи приймають за «1», відповідно, дані досліджуваних груп визначають відносно показників групи здорових.

8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно проводити повноцінну етіопатогенетичну діагностику захворювань тканин пародонта, зокрема хронічного катарального гінгівіту, та обґрунтувати вибір лікувально-профілактичних заходів. Медична ефективність: визначення показників вродженого імунітету та наявності автоімунної природи запального процесу в тканинах пародонта неінвазивним методом. Соціальна ефективність: поліпшення якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності раннього виявлення запального процесу в тканинах пародонта в дітей, хворих на ЦД. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування ХКГ поєданого з ЦД у дітей шляхом визначення патогенетичних механізмів розвитку запального процесу в тканинах пародонта на тлі ЦД.
9. Ампліфікатор CFX96™ Real-Time PCR Detection Systems (Bio-Rad, США), Центрифуга „СМ-50” (Латвія), спектрофотометр Libra S32PC (BiochromLtd., Англія), Термостат ТС-80 М-2, Вага торсійна ВТ-500.
10. Хронічний катаральний гінгівіт на тлі цукрового діабету.
11. Немає.
12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися алгоритму забору біологічного матеріалу та правилам асептики та антисептики.
13. ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет». 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Годованець О.І. (0506508446), Котельбан А.В. (0500794102).

#### Реєстр. № 324/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1.
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117589. МПК (2017.01) А61К 36/00 Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей на тлі цукрового діабету / Годованець О.І., Котельбан А.В., Коваль Г.Д.; заявник і патентовласник ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201701478; заявл. 16.02.2017; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.

6. Немає.
7. Лікування хронічного катарального гінгівіту передбачає додатково до загальноприйнятих місцевих методів лікування хронічного катарального гінгівіту, на тлі інсулінотерапії за базисно-болюсною схемою, місцеве застосування антисептичного розчину «Декасан» 0,02 %, який володіє вираженою бактерицидною дією щодо грампозитивної, грамнегативної і анаеробної мікрофлори, а також фунгіцидним ефектом, пробіотичний препарат імуотропної дії на основі *L. reuteri* «БіоГая ПроДентіс», а також пероральний імуностимулятор рослинного походження «Імупрет», дія якого спрямована на стимулювання неспецифічної реакції імунної системи за рахунок підвищення фагоцитозу макрофагів і гранулоцитів та внутрішньоклітинне руйнування бактерій у процесі фагоцитозу. Методика застосування препаратів: місцево полоскання антисептичним розчином «Декасан» 0,02 % (у розведенні з кип'яченою водою 1:2) двічі на добу протягом 5-7 днів; розжовування 1 пігулки пробіотичної дії «БіоГая ПроДентіс» 2 рази на добу упродовж 2 тижнів починаючи із другого тижня лікування, а також застосування перорально імуностимулятора «Імупрет» по 25 крапель 3 рази на добу впродовж 3 тижнів.
8. Підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту поєднаного із цукровим діабетом, скорочення термінів місцевого лікування удвічі, збільшення термінів ремісії захворювання порівняно із загальноприйнятою схемою лікування. Медична ефективність: позитивна динаміка змін клінічних показників стану тканин пародонта, мікробіологічних і місцевих гуморальних чинників, вродженого імунітету, а також прозапальних і протизапальних механізмів імунного захисту в ротовій порожнині дітей, хворих на хронічний катаральний гінгівіт за умов цукрового діабету. Соціальна ефективність: поліпшення якості життя та здоров'я населення шляхом підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із супутнім цукровим діабетом, унаслідок упровадження патогенетично спрямованої лікувально-профілактичної схеми. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хронічного катарального гінгівіту поєднаного з цукровим діабетом у дітей шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок збільшення термінів ремісії захворювання порівняно із загальноприйнятою схемою лікування).
9. Антисептики, препарати пробіотичної дії, імуностимулятори рослинного походження, засоби та матеріали для проведення стоматологічної санації.
10. Хронічний катаральний гінгівіт на тлі цукрового діабету.
11. Немає.
12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися лікувально-профілактичної схеми та проводити курс лікування з кратністю 3 рази на рік.
13. ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет». 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Годованець О.І. (0506508446), Котельбан А.В. (0500794102).

#### Реєстр. № 325/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ НА ФОНІ ПЕРЕВАЖАЮЧОГО ПАРАСИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115373. МПК (2017.01) А61К 6/00 Спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту на фоні переважаючого парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В.; заявник і патентовласник ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201611638; заявл. 18.11.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 7.
6. Не подавалась.
7. Лікування хронічного верхівкового періодонтиту на сьогоднішній час є дуже актуальним завданням в сучасній стоматології. На даний момент спостерігається недостатній вплив стандартного лікування щодо врахування стану вегетативної нервової системи (ВНС) пацієнта, який впливає на ефективність лікування. При цьому недостатнім є відновлення кісткової структури періапикальної ділянки. Удосконалити спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту на фоні переважаючого парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи шляхом того, що за два дні до оперативного стоматологічного втручання проводять медикаментозну підготовку пацієнта: призначають бускопан та настоянку валеріани протягом 2 днів; далі після обробки кореневого каналу в ньому залишають ватяну турунду, просякнуту розчином антисептика, а каріозну порожнину закривають герметичною пов'язкою; після проведеного стоматологічного втручання проводять медикаментозне лікування: призначають ібупрофен, настоянку валеріани та бускопан протягом 3 днів. Відомо, що пори облігатно анаеробних бактеріях в 50-80 % випадків є збудниками хронічних періодонтитів в монокультурі або в мікробній асоціації. Даний факт потрібно враховувати при лікуванні хронічного верхівкового періодонтиту у хворих, в яких переважає парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи. Це призведе до достатнього відновлення кісткової структури періапикальної ділянки та дасть ефективний результат лікування. Отже, метою даної корисної моделі є вдосконалення способу лікування періодонтиту шляхом того, що лікування проводять з відповідним впливом на загальний стан пацієнта, направлений на нормалізацію діяльності його вегетативної нервової системи.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно лікувати хворих на хронічний верхівковий періодонтит, у яких переважає парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи, підвищити якість лікування хронічного періодонтиту, повністю ліквідувати можливість виникнення рецидивів та досягти значного відновлення кісткової тканини періапикальної ділянки. Медичний ефект – покращення лікування ускладненого карієсу. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення кількості пацієнтів з ускладненим карієсом.
9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD - d) / P$ , де ІК – індекс Кердо; AD – показник систолічного артеріального тиску; d – показник діастолічного артеріального тиску; P – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1 - d/P) \times 100$ .
10. Хронічний верхівковий періодонтит на фоні переважаючого парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.
11. Немає.

12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

#### Реєстр. № 326/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ЗАГОСТРЕНОГО ПЕРЕБІГУ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ ПАРАСИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115085. МПК (2017.01) А61К 31/00. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700978; заявл. 03.02.2017; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Не подавалась.
7. Лікування хворих на генералізований пародонтит загостреного перебігу шляхом усунення місцевих подразнюючих факторів та проведення місцевого медикаментозного лікування симптоматичного гінгівіту на фоні загальної медикаментозної підготовки пацієнтів, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Попередньо видаляють усі зубні відкладення. Проводять антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика (обраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після цього вводять у пародонтальні кишень та накладають на ясна пасту, що містить відповідно підібрані препарати: антибактеріальні, протизапальні, стимулятори регенерації та епітелізації. По мірі пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті на ясна можна накладати пародонтальну пов'язку, що захищає пасту від передчасного вимивання ротовою рідиною.
8. Запропонований спосіб лікування відрізняється тим, що перед, на етапах та після стоматологічного лікування, пацієнту проводять загальну медикаментозну підготовку, відповідно до стану його вегетативної нервової системи. Медичний ефект – покращення лікування генералізованого пародонтиту. Соціальний ефект – покращення стану зубощелепної системи. Економічний ефект – зменшення кількості загострень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.
9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де ІК – індекс Кердо; AD – показник систолічного

артеріального тиску; d – показник діастолічного артеріального тиску; P – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .

10. Генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.
11. Немає.
12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

### Реєстр. № 327/5/18

1. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115084. МПК (2017.01) А61К 31/00. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700977; заявл. 03.02.2017; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Не подавалась.
7. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи, включає стоматологічні відвідування та відповідну загальну медикаментозну підготовку. Стоматологічні етапи включають загальноприйнятні методики лікування даного захворювання: проводять видалення надясенних зубних відкладень, антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика з протеолітичними ферментами (вибраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після стихання явищ загострення, проводять повне видалення всіх зубних відкладень, антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика (вибраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після цього уводять у пародонтальні кишень та накладають на ясна пасту, що містить відповідно підібрані препарати: антибактеріальні, протизапальні, стимулятори регенерації та епітелізації. По мірі пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті на ясна можна накладати пародонтальну пов'язку, що захищає пасту від передчасного вимивання ротовою рідиною.
8. Даний спосіб призводив до покращення кровообігу та лімфообігу, усував розвиток дистрофічних процесів, зменшував явища остеопорозу кісткової тканини альвеолярного відростка. Це все значно покращувало загальне самопочуття пацієнтів та дозволяло досягти стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті. Медичний ефект – покращення лікування генералізованого пародонтиту загостреного перебігу. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової

- системи. Економічний ефект – зменшення кількості пацієнтів з генералізованим пародонтитом загостреного перебігу.
9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (Kérdő I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де  $IK$  – індекс Кердо;  $AD$  – показник систолічного артеріального тиску;  $d$  – показник діастолічного артеріального тиску;  $P$  – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .
  10. Генералізований пародонтит загостреного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
  11. Немає.
  12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
  14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
  15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

#### Реєстр. № 328/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ СИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115083. МПК (2017.01) А61К 31/19 Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700976; заявл. 03.02.2017; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Не подавалась.
7. Лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу включає усунення місцевих подразнюючих факторів та проведення місцевого медикаментозного лікування симптоматичного гінгівіту на фоні загальної медикаментозної підготовки пацієнтів, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Попередньо видаляють усі зубні відкладення. Проводять антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика (вибраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після цього вводять у пародонтальні кишень та накладають на ясна пасту, що містить відповідно підібрані препарати: антибактеріальні, протизапальні, стимулятори регенерації та епітелізації. По мірі пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті на ясна можна накладати пародонтальну пов'язку,



- що захищає пасту від передчасного вимивання ротовою рідиною.
8. Запропонований спосіб лікування відрізняється тим, що перед, на етапах та після стоматологічного лікування, пацієнту проводять загальну медикаментозну підготовку, відповідно до стану його вегетативної нервової системи. Ефект застосування запропонованого способу лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу дозволяє зменшити його вартість та підвищити якість лікування, шляхом відповідного медикаментозного впливу на загальний стан пацієнта, що направлений на нормалізацію діяльності його вегетативної нервової системи. Медичний ефект – покращення лікування генералізованого пародонтиту хронічного перебігу. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення випадків загострення у пацієнтів з генералізованим пародонтитом хронічного перебігу.
  9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де  $IK$  – індекс Кердо;  $AD$  – показник систолічного артеріального тиску;  $d$  – показник діастолічного артеріального тиску;  $P$  – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .
  10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
  11. Немає.
  12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
  14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
  15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

#### Реєстр. № 329/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ ПАРАСИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115082. МПК (2017.01) А61К 31/00. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201700975; заявл. 03.02.2017; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Не подавалась.
7. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу

- шляхом усунення місцевих подразнюючих факторів та проведення місцевого медикаментозного лікування симптоматичного гінгівіту на фоні загальної медикаментозної підготовки пацієнтів, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Спосіб лікування здійснюється наступним чином. Огляд порожнини рота і тканин пародонта проводять згідно з загальноприйнятими методами обстеження. Пацієнтам перед кожним запланованим стоматологічним відвідуванням проводять наступну загальну медикаментозну підготовку курсом два дні: 1) «Бускопан» 0,01 г – по 1 таблетці 3 рази на день; 2) настойка валеріани по 25 крапель 3 рази на день.
8. Позитивний ефект застосування запропонованого способу лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу дозволяє зменшити його вартість та підвищити якість лікування, шляхом відповідного медикаментозного впливу на загальний стан пацієнта, що направлений на нормалізацію діяльності його вегетативної нервової системи. Медичний ефект – покращення лікування генералізованого пародонтиту. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення кількості загострень у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом.
  9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення індексу Керде та вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де ІК – індекс Кердо; AD – показник систолічного артеріального тиску; d – показник діастолічного артеріального тиску; P – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .
  10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
  11. Немає.
  12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
  14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
  15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

#### Реєстр. № 330/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ЗАГОСТРЕНИЙ ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОДОНТИТ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ ПАРАСИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113526. МПК (2016.01) А61К 6/00. Спосіб лікування хворих на гострий та загострений хронічний періодонтит, у яких

- переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201612435; заявл. 06.12.2016; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Не подавалась.
  7. Важливим аспектом ефективності, а також запорукою досягнення стійкого терапевтичного сприятливого перебігу та прогнозу лікування пацієнтів з гострим та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом є врахування психоемоційних особливостей пацієнта в залежності від стану його нервової системи. А це визначає необхідність проведення відповідної загальної медикаментозної терапії перед, на етапах та після стоматологічного втручання відповідно до індивідуального стану вегетативної нервової системи пацієнта. Задачею даної корисної моделі є вдосконалення способу лікування пацієнтів з гострим та загостреним хронічним періодонтитом шляхом відповідного медикаментозного впливу на загальний стан пацієнта, що направлений на нормалізацію діяльності його вегетативної нервової системи. Спосіб лікування пацієнтів з гострим та загостреним хронічним верхівковим періодонтитом, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, включає два-три стоматологічні відвідування та загальне медикаментозне лікування.
  8. Позитивний ефект застосування запропонованого способу лікування гострого та загостреного хронічного періодонтиту дозволяє підвищити якість його лікування, зменшити його вартість, повністю ліквідувати можливість виникнення рецидивів та досягти значного відновлення кісткової тканини періапикальної ділянки. Медичний ефект – покращення лікування ускладненого карієсу. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення кількості пацієнтів з ускладненим карієсом.
  9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення індексу Керде та вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де  $IK$  – індекс Кердо;  $AD$  – показник систолічного артеріального тиску;  $d$  – показник діастолічного артеріального тиску;  $P$  – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .
  10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.
  11. Немає.
  12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
  14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
  15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

Реєстр. № 331/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ЗАГОСТРЕНИЙ ПАРОДОНТИТ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ СИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114198. МПК А61К 31/138. Спосіб лікування хворих на гострий та загострений хронічний пародонтит, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В., Воловик І.А.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201612434; заявл. 06.12.2016; опубл. 27.02.2017. Бюл. № 4
6. Не подавалась.
7. Спосіб лікування хворих на гострий та загострений хронічний періодонтит шляхом проведення місцевого ендодонтичного лікування на фоні загальної медикаментозної терапії пацієнтів, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи, який відрізняється тим, що призначають курсом два дні перед кожним стоматологічним відвідуванням «Анаприлін» 0,01 г – по 1 таблетці 2 рази на день, настойку валеріани по 25 крапель 3 рази на день та «Доксазозин» 0,001 г – по 1 таблетці 1 раз на добу, а також тим, що після проведеного стоматологічного втручання призначають курсом 3-5 днів: «Ібупрофен» 0,2 г – по 2 таблетки 3 рази на день, настойку валеріани по 20 крапель 3 рази на день, «Анаприлін» 0,01 г – по 1 таблетці 4 рази на день та «Доксазозин» 0,001 г – по 1 таблетці 1 раз на добу. Стоматологічні етапи включають загальноприйняті методики лікування даного захворювання: проводять видалення надясенних зубних відкладень, антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика з протеолітичними ферментами (вибраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після стихання явищ загострення, проводять повне видалення всіх зубних відкладень, антисептичне оброблення порожнини рота і пародонтальних кишень розчином антисептика (вибраного відповідно виду симптоматичного гінгівіту). Після цього вводять у пародонтальні кишені та накладають на ясна пасту, що містить відповідно підібрані препарати: антибактеріальні, протизапальні, стимулятори регенерації та епітелізації. По мірі пригнічення дистрофічно-запального процесу в пародонті на ясна можна накладати пародонтальну пов'язку, що захищає пасту від передчасного вимивання ротовою рідиною.
8. Позитивний ефект застосування запропонованого способу лікування гострого та загостреного пародонтиту дозволяє підвищити якість його лікування, зменшити його вартість, повністю ліквідувати можливість виникнення рецидивів та досягти значного відновлення кісткової тканини періапикальної ділянки. Медичний ефект – покращення лікування генералізованого пародонтиту. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення кількості загострень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.
9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення індексу Керде та вегетативного індексу Кердо (Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де  $IK$  – індекс Кердо;  $AD$  – показник систолічного артеріального тиску;  $d$  – показник діастолічного

артеріального тиску; P – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .

10. Гострий та загострений пародонтит, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.
11. Немає.
12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глущенко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

### Реєстр. № 332/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ, У ЯКИХ ПЕРЕВАЖАЄ ДІЯЛЬНІСТЬ СИМПАТИЧНОГО ВІДДІЛУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих», 0115U002765, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113524. МПК (2016.01) А61К 6/00. Спосіб лікування хворих на хронічний верхівковий періодонтит, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи / Борисенко А.В., Батіг В.М., Іваніцька О.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201612387; заявл. 05.12.2016; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Не подавалась.
7. Лікування хворих на хронічний періодонтит шляхом проведення місцевого ендодонтичного лікування на фоні загальної медикаментозної терапії пацієнтів, у яких переважає діяльність симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Важливим аспектом ефективності, а також запорукою досягнення стійкого терапевтичного сприятливого перебігу та прогнозу лікування пацієнтів з хронічним верхівковим періодонтитом є врахування психоемоційних особливостей пацієнта в залежності від стану його нервової системи. А це визначає необхідність проведення відповідної загальної медикаментозної терапії перед, на етапах та після стоматологічного втручання відповідно до індивідуального стану вегетативної нервової системи пацієнта.
8. Результат лікування – на контрольній рентгенограмі 45 зуба через півроку відмічене значне зменшення ділянки розрідження кісткової тканини періапікальної ділянки, що свідчить про ефективність запропонованого способу лікування хронічного періодонтиту. Позитивний ефект застосування запропонованого способу лікування хронічного періодонтиту дозволяє підвищити якість лікування хронічного періодонтиту, зменшити його вартість, повністю ліквідувати можливість виникнення рецидивів та досягти значного відновлення кісткової тканини періапікальної ділянки. Медичний ефект – покращення лікування ускладненого карієсу. Соціальний ефект – покращення стану зубо-щелепової системи. Економічний ефект – зменшення кількості пацієнтів з ускладненим карієсом.

9. Для попереднього аналізу стану вегетативної нервової системи як правило використовують «Опитувальник для виявлення вегетативних змін». Оцінку стану вегетативної нервової системи проводять шляхом визначення вегетативного індексу Кердо (Kérdő I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Bd. 29. – № 2. – S. 250 – 268). Його обчислюють на основі припущення, що відношення величини частоти серцевих скорочень і артеріального тиску в нормі залишається постійним, за такою формулою:  $IK = (AD-d)/P$ , де  $IK$  – індекс Кердо;  $AD$  – показник систолічного артеріального тиску;  $d$  – показник діастолічного артеріального тиску;  $P$  – частота серцевих скорочень за 1 хвилину. В нормі цей показник коливається в межах одиниці. Вегетативний індекс Кердо вираховують за формулою:  $VI = (1-d/P) \times 100$ .
10. Гострий та загострений хронічний пародонтит, у яких переважає діяльність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.
11. Немає.
12. Щоб запобігти можливим ускладненням та помилкам необхідно дотримуватися правилам асептики та антисептики.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13.
15. Борисенко А.В., Іваніцька О.В., Воловик І.А., Глуценко Т.А., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Батіг В.М. (0509782416), e-mail: batig@email.ua.

#### Реєстр. № 333/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ ЕЛАСТИЧНИХ ПІДКЛАДОК ПЛАСТИНКОВИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ.**
2. НДР «Розробити клініко-гнатологічне обґрунтування конструювання та використання зубних та зубо-ясенних кап при патологічному стиранні зубів, що ускладнене дефектами зубних рядів», 0117U005531.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 109736. МПК F61C 13/007 (2006/01). Спосіб визначення розмірів еластичних підкладок пластинкових знімних зубних протезів / Ярова С.П., Комлев А.А., Гензицька О.С., Турененко С.О.; заявник і патентовласник Донецький національний медичний університет. – № u201508637; заявл. 07.09.2015; опубл. 12.09.2016. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб, що дозволяє визначити товщину, площу, ступінь стиску, коефіцієнт відносної зворотної деформації матеріалу підкладки, піддатливості слизової оболонки в місцях розташування підкладок. Спосіб включає розрахунки, що включають товщину і площу підкладки визначаючи шляхом обчислення сили стиснення еластичної підкладки, яка обчислюється за формулою  $F = (\Delta l * E * A) / l$ .
8. Медичний ефект: створюються умови функціонування еластичних підкладок, при яких вони не будуть отримувати функціональних навантажень, які будуть викликати їх стискання більш ніж коефіцієнт відносної зворотної деформації, що дозволяє збереженню функції еластичної підкладки до 2-2,5 років. Соціальний ефект – збереження соціальної активності пацієнтів під час та після ортопедичного лікування пацієнтів за рахунок поліпшення комфорту носіння та рівномірності розподілення тиску на протезне ложе, еластичну підкладку та протез. Економічний ефект – створення умов функціонування еластичних підкладок, при яких вони не будуть отримувати функціональних навантажень, що будуть викликати їх стискання

- більш ніж коефіцієнт відносної зворотної деформації. Це призведе до зниження витрат на протезування.
9. Стоматологічне обладнання, матеріал для виготовлення еластичних підкладок, набір для точних вимірів площі поверхні. Еластичні підкладки знімних пластинкових протезів.
  10. Усунення дефектів зубних рядів та подальшої їх деформації.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Донецький національний медичний університет. 84404, м. Лиман, вул. Привокзальна, 27.
  14. Немає.
  15. Ярова С.П. (0506204307), Комлев А.А. (0502952569), Турчененко С.О. (0992362086), Юріна Е.О. (0503485220).

#### **Реєстр. № 334/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КЛИНОПОДІБНИХ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.**
2. НДР «Етіопатогенез пришийкових уражень твердих тканин зубів та принципи їх комплексної діагностики, лікування і профілактики», 0116U004060, 2016-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 99693. МПК А61С 500. Спосіб лікування клиноподібних дефектів твердих тканин зубів / Ярова С.П., Заболотна І.І.; заявник і патентовласник Ярова С.П., Заболотна І.І. – № u201403579; заявл. 07.04.2014; опубл. 25.06.2015. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб включає профілактичне препарування дентину на ясенній поверхні клиноподібного дефекту при наявності на вестибулярній поверхні зубів мікротріщин емалі, які визначаються неозброєним оком при звичайному освітленні, а на коронковій поверхні клиноподібного дефекту при визначенні мікротріщин емалі при додатковому освітленні або збільшенні, або при використанні фарбуючих речовин.
8. Підвищення ефективності лікування клиноподібних дефектів твердих тканин зубів в порівнянні з препаруванням клиноподібних дефектів за класичними принципами. Медичний ефект: стабілізація клиноподібного дефекту і підвищення ефективності його лікування, в середньому на 11,79% частіше в порівнянні з препаруванням клиноподібних дефектів за класичними принципами. Мінімізація об'єму та травматизму стоматологічних втручань в амбулаторних умовах. Соціальний ефект – збереження соціальної активності пацієнтів під час та після амбулаторного прийому у лікаря-стоматолога за рахунок зменшення ускладнень та попередження прогресування клиноподібних дефектів твердих тканин зубів. Економічний ефект – підвищення якості лікування клиноподібних дефектів твердих тканин зубів, що скоротить рецидиви захворювання, збільшить термін служби реставрацій. Це призведе до зниження витрат на лікування і диспансеризацію пацієнтів з клиноподібними дефектами твердих тканин зубів.
9. Стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Клиноподібний дефект твердих тканин зубів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет. 84404, м. Лиман, вул. Привокзальна, 27.

14. Немає.
15. Ярова С.П. (0506204307), Заболотна І.І. (0958916707), Юрін С.Є. (0503485220), Новикова О.М. (0502320515).

#### Реєстр. № 335/5/18

1. **СПОСІБ ПІДТРИМУЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ НА ІМПЛАНТАТАХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ ТА ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ.**
2. НДР «Розробити підтримуюче лікування хворих після дентальної імплантації в залежності від рівня гігієни порожнини рота», 0117U005429.
3. Стоматологія.
4. 2+,С
5. Патент України на корисну модель № 91296. МПК А61К 600. Спосіб підтримуючого лікування після протезування на імплантатах при хронічному катаральному гінгівіті та генералізованому пародонтиті / Яров Ю.Ю., Безсмерний А.А.; заявник і патентовласник Яров Ю.Ю. – № u201401473; заявл 14.02.2014; опубл. 25.06.2014. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб включає проведення професійної гігієни порожнини рота після протезування на імплантатах диференційно в залежності від початкового рівня гігієнічного стану порожнини рота. Так, у пацієнтів зі здоровим пародонтом, у котрих рівень гігієни порожнини рота за ГІ Green-Vermillion відповідав «задовільному» ( $1,38 \pm 0,14$  балів), підтримуючі гігієнічні заходи проводили із традиційною кратністю - кожні три місяці протягом першого року. У хворих на ХКГ, у котрих рівень гігієни порожнини рота за ГІ Green-Vermillion відповідав нижній межі «незадовільного» ( $1,88 \pm 0,19$  балів) – підтримуючі гігієнічні заходи проводили з кратністю – кожні два місяці протягом першого року. У хворих з ГП I ступеня, у котрих рівень гігієни порожнини рота за ГІ Green-Vermillion відповідав верхній межі «незадовільного» ( $2,34 \pm 0,22$  балів) – підтримуючі гігієнічні заходи проводили з кратністю – кожного місяця протягом року. У хворих на ГП II ступеня, у котрих рівень гігієни порожнини рота за ГІ Green-Vermillion відповідав «поганому» ( $2,81 \pm 0,20$  балів) – підтримуючі заходи проводили з кратністю – два рази на місяць протягом першого року.
8. Забезпечує задовільний рівень гігієни після протезування на імплантатах і тим самим створює умови для успішного функціонування протезів з опорою на імплантати, зменшуючи на 10-15% частоту ускладнень у вигляді періімплантитів.
9. Стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Пацієнти з хронічним катаральним гінгівітом та генералізованим пародонтитом протягом першого року після дентальної імплантації.
11. Індивідуальна непереносимість препаратів.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет. 84404, м. Лиман, вул. Привокзальна, 27.
14. Немає.
15. Яров Ю.Ю. (0957797303).

#### Реєстр. № 336/5/18

1. **НАКОНЕЧНИК «МУКОБІОПСОН-1» ДЛЯ ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ БІОПСІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ З ОДНОЧАСНОЮ САНАЦІЄЮ ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ.**



2. НДР «Ятрогенний верхньощелепний синусит стоматогенного походження. Етіологія, патогенез, диференціальна діагностика», 2016-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 3,D.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 106698. МПК А61В 10/02 (2006.01), А61В 17/24 (2006.01). Наконечник «Мукобіопсон-1» для забору матеріалу біопсії слизової оболонки з одночасною санацією гайморової пазухи / Варжапетян С.Д. – № u201507830; заявл. 06.08.2015; опубл. 10.05.2016. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення кісткової пастки SUT-03 шляхом зміни конструкції її робочої частини, за рахунок чого стає можливим одночасне видалення патологічних тканин з усіх стінок і важкодоступних ділянок верхньощелепного 40 синуса, аспірація (відсмоктування) для збору рідини з синуса і «вилову» патологічних тканин (поліпи, грануляція, змінена слизова оболонка), фільтрація отриманої рідини через контейнер з сіткою-пасткою, і збір твердої фази аспірата (біопсійного матеріалу) для гістологічного дослідження. Поставлена задача вирішується тим, що наконечник «Мукобіопсон-1» для забору біопсійного матеріалу слизової оболонки з одночасною санацією гайморової пазухи, що складається з порожньої усередині (як трубка для аспірації - відсмоктування) робочої частини, розбірного контейнера з сіткою-пасткою, перехідника для з'єднання з трубкою хірургічного відсмоктувача, згідно з корисною моделлю, має робочу частину (1), що складається з двох ділянок – (2) і (5), ділянка (2) має кут вигину  $45^\circ$  і закінчується розширенням (3) у вигляді кюретажної ложки з отвором (4) (просвіт трубки), нижній кінець ділянки (2) переходить в потовщену частину (5) – градуйовану ручку, сполучену з розбірним контейнером (6) з сіткою-пасткою (7), на дистальному кінці контейнера знаходиться перехідник (8) – для з'єднання з трубкою хірургічного відсмоктувача (рис. 1).

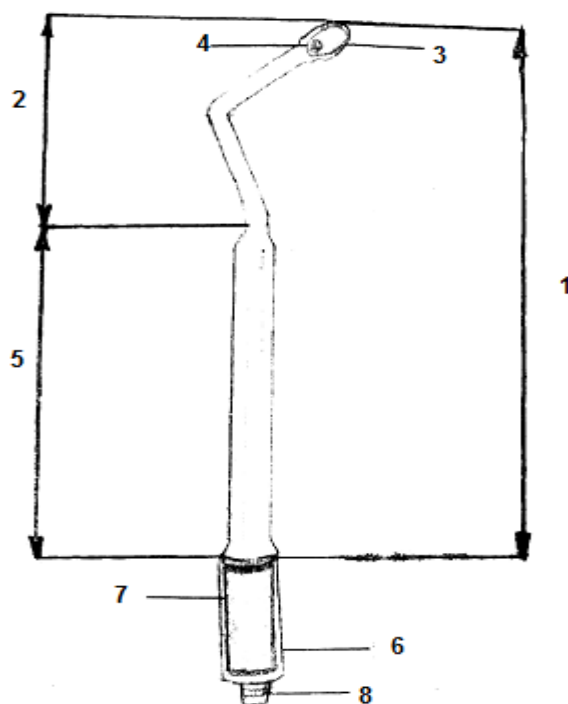


Рис. 1. Наконечник «Мукобіопсон -1».

На кресленні зображено наконечник «Мукобіопсон-1» для забору біопсійного матеріалу слизової оболонки гайморової пазухи з одночасною санацією гайморової пазухи (Фіг.), складається з робочої частини (1), що складається з двох ділянок – (2) і (5). ділянка (2) має кут вигину  $45^\circ$ , і закінчується розширенням (3) у вигляді

кюретажної ложки з отвором (4 – просвіт 10 трубки). Нижній кінець ділянки (2) робочої частини переходить в потовщену, градуйовану частину робочої частини – ділянку (5), сполучену з розбірним контейнером (6) з сіткою-пасткою (7). На дистальному кінці контейнера знаходиться перехідник (8) – для з'єднання трубки з хірургічним відсмоктувачем.

Причинно-наслідкові зв'язки: Кут вигину ділянки (2) робочої частини дорівнює  $45^\circ$  – такий кут збільшує при здійсненні процедури вишкрібання амплітуду розвороту верхнього кінця ділянки (2) – розширення (3), що робить можливим доступ до усіх стінок гайморової пазухи. Верхній кінець ділянки (2) робочої частини закінчується розширенням (3) у вигляді кюретажної ложки з отвором (4 – просвіт трубки) – за рахунок втягуючого потоку повітря, що виключає втрату матеріалу біопсії в порожнині синуса дозволяє одночасно з відділенням слизової оболонки від стінки синуса за допомогою кюретажної ложки здійснити аспірацію крові і ексудату і захоплення слизової оболонки. 3. Ділянка (5) робочої частини виконана потовщеною і градуйованою – така конструкція забезпечує надійну фіксацію наконечника в руці хірурга при здійсненні наконечником бічних 5 рухів.

Інструмент використовується таким чином.

Інструмент порожнистий і працює як наконечник хірургічного відсмоктувача. При використанні кюретажної ложки з повітряною тягою відсмоктування полегшується процес захоплення поліпів, грануляції і тонкої слизової оболонки синуса. Усі великі частки тканин затримуються сіткою-пасткою, де відбувається проціджування рідини. Завдяки своїй вдосконаленій конструкції запропонований інструмент дозволяє зробити відділення слизової оболонки від стінки синуса за допомогою ложки. При заборі матеріалу великих розмірів потоку повітровідсмоктувача буває досить для утримання вишкрібаної тканини, що попереджає втрату матеріалу в синусі. У разі попадання матеріалу менших розмірів в трубку наконечника, відбувається затримка сухої речовини сіткою контейнера – пастки, пропускаючи ранову рідину. Інструмент може використовуватися для витягання чужорідних тіл з альвеолярної бухти синуса, не прибігаючи до допомоги дорогого ендоскопічного устаткування.

8. Медична ефективність: Використання «Мукобіопсон-1» дозволяє: одночасне видалення патологічних тканин з усіх стінок і важкодоступних ділянок верхньощелепного синуса, аспірація (відсмоктування) для збору рідини з синуса і «вилову» патологічних тканин (поліпи, грануляція, змінена слизова оболонка), фільтрація отриманої рідини через контейнер з сіткою-пасткою, і збір твердої фази аспірата (біопсійного матеріалу) для гістологічного дослідження. Соціальна ефективність: Застосування наконечника «Мукобіопсон-1» в клінічній практиці підвищує якість роботи хірурга, дозволяє економити час і зібрати всю тверду фазу аспірата для гістологічного дослідження. Економічна ефективність: Запропонований наконечник «Мукобіопсон-1» дозволяє скоротити час оперативного втручання за рахунок полегшення процесу видалення патологічних тканин та більш швидкого збору гістологічного матеріалу.
9. Наконечник «Мукобіопсон-1».
10. Хірургічні втручання з метою санації верхньощелепного синуса.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-01-92, кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології.
14. Немає.
15. Варжапетян С.Д. (0671466814).

1. **НАКОНЕЧНИК «МУКОБІОПСОН-2» ДЛЯ ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ БІОПСІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ ПРИ ВІДСУТНОСТІ НЕОБХІДНОСТІ УТВОРЕННЯ ШИРОКОГО ДОСТУПУ У СИНУС.**
2. НДР «Ятрогенний верхньощелепний синусит стоматогенного походження. Етіологія, патогенез, диференціальна діагностика», 2016-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 3,D.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 106699. МПК А61В 17/24 (2006.01), А61В 10/02 (2006.01). Наконечник Мукобіопсон-2 для забору матеріалу біопсії слизової оболонки гайморової пазухи при відсутності утворення широкого доступу у синус / Варжапетян С.Д. – № u201507831; заявл. 06.08.2015; опубл. 10.05.2016. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення кісткової пастки SUT-03 шляхом зміни конструкції верхнього кінця робочої частини, за рахунок чого стає можливим відділення слизової оболонки від стінки синуса і одночасне здійснення аспірації крові і ексудату із захопленням слизової оболонки, що дозволяє виключити втрату матеріалу біопсії в порожнині синуса і отримати біоптат слизової оболонки гайморової пазухи малоінвазивним шляхом – без утворення широкого доступу у синус. Поставлена задача вирішується тим, що у наконечнику «Мукобіопсон-2» для забору біопсійного матеріалу слизової оболонки гайморової пазухи при відсутності необхідності утворення широкого доступу у синус, що складається з порожньої усередині робочої частини, розбірного контейнера з сіткою-пасткою, перехідника для з'єднання з трубкою хірургічного відсмоктувача, згідно з корисною моделлю верхній кінець робочої частини закінчується розширенням у вигляді кюретажної ложки з отвором. Суть корисної моделі пояснюється кресленням. Інструмент порожнистий і працює як наконечник хірургічного відсмоктувача. Верхній кінець робочої частини закінчується розширенням у вигляді кюретажної ложки з отвором – це дозволяє здійснити відділення слизової оболонки від стінки синуса з одночасним здійсненням аспірації крові і ексудату із захопленням слизової оболонки, виключає втрату матеріалу біопсії в порожнині синуса, створює умови для отримання біоптату слизової оболонки гайморової пазухи малоінвазивним шляхом – без утворення широкого доступу у синус. Завдяки своїй вдосконаленій конструкції запропонований інструмент дозволяє зробити відділення слизової оболонки від стінки синуса за допомогою ложки. Ділянка контейнера служить і ручкою для утримування в руці доктора.
8. Медична ефективність: Використання «Мукобіопсон-2» дозволяє: забір слизової оболонки від стінки верхньощелепного синуса без широкого доступу до нього, проведення біопсії у малоінвазивних умовах. Соціальна ефективність: Застосування наконечника «Мукобіопсон-2» в клінічній практиці підвищує якість роботи хірурга, дозволяє проводити забір матеріалу зі верхньощелепного синусу для гістологічного дослідження в малоінвазивних умовах, що у свою чергу дозволяє проводити втручання в амбулаторних умовах. Економічна ефективність: Запропонований наконечник «Мукобіопсон-2» дозволяє за рахунок полегшення процесу забору біопсійного матеріалу уникнути госпіталізації та скоротити термін емпіричної антибіотикотерапії.
9. Наконечник «Мукобіопсон-2».
10. Хірургічні втручання з метою забору частки слизової оболонки верхньощелепного синуса для гістологічного дослідження.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-01-92, кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології.
14. Немає.
15. Варжапетян С.Д. (0671466814).

#### **Реєстр. № 338/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.**
2. НДР «Сучасні підходи до збереження стоматологічного здоров'я у населення Прикарпаття», 0115U001535, 2014-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 73992. МПК А61В 1/00, А61В 1/24 (2006.01), А61С 17/00. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту / Кімак Г.Б., Мельничук Г.М., Грицик А.Р., Грицик Л.М., Рожко М.М., Кононенко Ю.Г. – № u201204617; заявл. 12.04.2012; опубл. 10.10.2012. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Суть запропонованого способу полягає у проведенні загального лікування сиропом «Імуно-тон», який виявляє комбіновану адаптогенну та імуностимулюючу дію, зумовлену властивостями біологічно активних речовин ехінацеї пурпурової настоянки, елеутерокока екстракту рідкого та звіробою настоянки. «Імуно-тон» стимулює імунну систему, підвищує природні захисні сили організму в екстремальних умовах проти дії несприятливих чинників довкілля, виявляє м'який тонізуючий ефект на центральну нервову систему; має виражену радіопротекторну, стреспротекторну, антидепресантну, протизапальну, актопротекторну (антиоксидантну та антигіпоксичну) дію; оптимізує енергетичні затрати вуглеводно-фосфорного обміну в тканинах (збільшує синтез вуглеводів, при цьому синтез жирів гальмується і підвищується їх утилізація), збільшує синтез білка, підвищує розумову та фізичну працездатність; має імуномодулюючий ефект, зумовлений стимуляцією клітинного імунітету, збільшенням кількості Т-лімфоцитів, підвищенням фагоцитарної активності лейкоцитів та вивільнення цитокінів.
8. Спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту, що включає місцеве та загальне лікування, відрізняється застосуванням при загальному лікуванні препарату «Імуно-тон» всередину відомим способом, який стимулює клітинний імунітет, що забезпечує місцеву стабілізацію тканин пародонта та поліпшення загального стану пацієнта шляхом безпосереднього впливу препарату «Імуно-тон» на стан імунної системи, внаслідок чого після проведення курсу лікування (10 днів) спостерігають довготривалу ремісію вказаного захворювання (12 місяців).
9. Загальне лікування проводять сиропом «Імуно-тон» всередину по 2-3 чайні ложки (10-15 мл) 2 рази на день (у першій половині дня, після їди) протягом 10 днів.
10. Хворі на генералізований пародонтит.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Кімак Г.Б. (0509462710), Мельничук Г.М., Грицик А.Р., Грицик Л.М., Рожко М.М., Кононенко Ю.Г.

### Реєстр. № 339/5/18

- СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.**
- НДР «Сучасні підходи до збереження стоматологічного здоров'я у населення Прикарпаття», 0115U001535, 2015-2020 рр.
- Стоматологія.
- 2++,С.
- Патент України на корисну модель № 118389. МПК А61В 1/24 (2006.01), А61К 31/4196 (2006.01), А61К 9/06 (2006.01), А61К 36/00, А61Р 31/02 (2006.01), А61Р 1/00. Спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит / Хомик М.І., Мельничук Г.М., Літинська О.В., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Мудрик-Гончарук Н.П., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О. – № u201700419; заявл. 16.01.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
- Немає.
- Спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит, що включає здійснення загальноприйнятих заходів із ліквідації місцевих подразнюючих чинників, закритого кюретажу пародонтальних кишень (за показаннями). Крім цього застосовують наступний фармакотерапевтичний комплекс: природний антисептик «Фітодент» (ротіві ванночки двічі на добу, курс лікування 5-7 днів); мазь «Тіотриазолін» для аплікацій на ясна та інстиляцій у пародонтальні кишень (двічі на добу по 25-30 хв., курс лікування – 5-7 днів); препарат «Тіотриазолін» у дозі 100 мг (по 1 таблетці два рази на добу, курс лікування – 20 днів).
- На підставі проведених досліджень встановлено високу ефективність запропонованого способу комплексного лікування генералізованого пародонтиту, за рахунок використання місцевих мембраностабілізуючих та протизапальних засобів у поєднанні з корекцією метаболічних порушень на загальному рівні, що дозволяє знизити, або ліквідувати запальний процес у пародонті та досягти стійкої ремісії.
- Препарат із мембраностабілізуючими, антиоксидантними та імуномодулюючими властивостями Тіотриазолін у формі таблеток і мазі та протизапальний препарат Фітодент.
- Захворювання тканин пародонта, генералізований пародонтит.
- Немає.
- Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
- ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології, кафедра терапевтичної стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
- Немає.
- Хомик М.І., Мельничук Г.М., Літинська О.В., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Мудрик-Гончарук Н.П., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О. (0955286838).

### Реєстр. № 340/5/18

- СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ НЕУСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ КАРІЕСУ В АНАМНЕЗІ.**
- НДР «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», 0108U010993, 2015-2020 рр.
- Стоматологія.
- 2++,С.
- Патент України на корисну модель № 114281. МПК А61К 6/00, А61К 31/00, А61К 33/00, А61Q 11/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб комплексної профілактики карієсу постійних зубів у підлітків із неускладненими формами карієсу в анамнезі

/ Літинська О.В., Мельничук Г.М., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О. – № u201607483; заявл. 08.07.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.

6. Немає.
7. Спосіб комплексної профілактики карієсу постійних зубів у підлітків, здійснюється після санації і професійної гігієни ротової порожнини шляхом послідовного покриття поверхонь всіх зубів спочатку рідиною, а потім суспензією стоматологічного комплексу «Глуфторед» (двічі, з інтервалом 2 тижні), а всередину призначається вітамінно-мікроелементний препарат «Вітрум Юніор» (по 1 таблетці 1 раз на день під час їди впродовж 1 місяця).
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу комплексної профілактики карієсу, який сприяє насиченню тканин зубів фтористими сполуками кальцію, магнію і міді та відновленню дефіциту вітамінів і мікроелементів як у ротовій порожнині, так і в організмі загалом.
9. Стоматологічний комплект «Глуфторед», вітамінно-мікроелементний препарат «Вітрум Юніор».
10. Комплексна профілактика карієсу зубів.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології, кафедра терапевтичної стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Літинська О.В., Мельничук Г.М., Хомик М.І., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О., Роксолана С.К., Мельничук А.С. (0507143731), (0968749062).

#### Реєстр. № 341/5/18

1. **СПОСІБ МІСЦЕВОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРИЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ПІДЛІТКІВ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ КАРИЄСУ В АНАМНЕЗІ.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», 0108U010993, 2015-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 114283. МПК А61К 6/00, А61К 31/00, А61К 33/00, А61К 8/24 (2006.01), А61Q 11/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб місцевої профілактики карієсу постійних зубів у підлітків з ускладненими формами карієсу в анамнезі / Літинська О.В., Мельничук Г.М., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О. – № u201607483; заявл. 08.07.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб місцевої профілактики постійних зубів у підлітків з ускладненими формами карієсу в анамнезі, здійснюється таким чином: проводиться санація і професійна гігієна ротової порожнини, дворазове покриття зубів стоматологічним комплектом «Глуфторед» шляхом послідовного нанесення рідини, а потім суспензії на поверхні всіх зубів з інтервалом в 2 тижні та аплікації крему «GC MI Paste Plus» (1 раз на день протягом 5 днів).
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу місцевої профілактики карієсу, який дозволяє наситити тканини зубів сполуками фтору, фосфору та кальцію, справляючи ремінералізуючу дію, та негативно впливає на карієсогенні бактерії завдяки протимікробній дії фтору.
9. Стоматологічний комплект «Глуфторед», крем «GC MI Paste Plus».

10. Екзогенна профілактика карієсу зубів.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології, кафедра терапевтичної стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Літинська О.В., Мельничук Г.М., Хомик М.І., Ваньчак М.І., Кушніренко М.О., Кашівська Р.С., Мельничук А.С. (0507143731), (0968749062).

#### Реєстр. № 342/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 0114U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 120731. МПК А61К 31/00, С09К 19/06 (2006.01), А61Р 1/02 (2006.01), А61Р 1/04 (2006.01), А61Р 29/00. Спосіб комплексного лікування катарального гінгівіту у підлітків із хронічним гастродуоденітом / Лісецька І.С., Рожко М.М., Рудко І.В. – № u201706109; заявл. 16.06.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування катарального гінгівіту у підлітків, що перебігає на тлі хронічного гастродуоденіту. При цьому для загального лікування використовують пробіотик Йогурт по 1-2 капсули 3 рази на день, під час їди курсом 25-30 днів, а для місцевої терапії застосовують нестероїдний протизапальний препарат із знеболювальними та протиексудативними властивостями Фортеза у вигляді полоскань ротової порожнини протягом 20-30 секунд, використовуючи один мірний ковпачок (15 мл) розчину для полоскання (дозу для полоскання можна розвести такою ж кількістю води у разі необхідності), 2-3 рази з інтервалом 3-4 години протягом 5 днів, аплікації на слизову оболонку ясен та введення в міжзубні проміжки Дентагеля 2 рази на добу, курсом 10 днів.
8. На підставі проведених досліджень встановлено високу ефективність запропонованого способу комплексного лікування катарального гінгівіту, який чинить протизапальну та протиексудативну дію, знижує або ліквідує запальний процес у пародонті, дозволяє досягти стійкої ремісії.
9. Пробіотик Йогурт, нестероїдний протизапальний препарат із знеболювальними та протиексудативними властивостями Фортеза, Дентагель.
10. Захворювання тканин пародонта у підлітків із хронічним гастродуоденітом.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Лісецька І.С., Рожко М.М., Рудко І.В. (0679275100).

#### Реєстр. № 343/5/18

1. **СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.**
2. НДР «Сучасні підходи до збереження стоматологічного здоров'я у населення Прикарпаття», 0115U001535, 2014-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 79209. МПК А61С 17/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту / Кімак Г.Б., Мельничук Г.М., Рожко М.М., Кононенко Ю.Г. – № u201213019; заявл. 15.11.2012; опубл. 10.04.2013. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Використовуючи рослинні препарати та сорбент сприяти швидкому клінічному поліпшенню стану пародонта, суттєвому зменшенню проявів захворювання, стимуляції регенераційних процесів у тканинах пародонта, поліпшенню кровообігу, нормалізації стану судин пародонта, забезпечити довготривалу ремісію вказаного захворювання (до 12 місяців).
8. На відміну від відомого способу недоліком якого є використання препаратів, які мають тільки антипротозойні та антибактеріальні властивості, але не чинять безпосереднього впливу на регенераційні процеси у тканинах пародонта, внаслідок чого після курсу лікування (10 днів) спостерігають недовготривалу ремісію генералізованого пародонтиту (до трьох місяців), ми використовуємо рослинні препарати та сорбент. Запропоновані нами медикаменти як препарати природного походження не поступаються в антибактеріальній дії традиційним штучно синтезованим хімічним засобам, але їхня дія більш природна. Крім того, вони стимулюють регенераційні процеси в тканинах пародонта, поліпшують кровообіг, нормалізують стан судин пародонта шляхом безпосередньої капіляророзміцнюючої і вазотонізуючої дії на судини пародонта, що дозволяє забезпечити довготривалу ремісію до 12 місяців.
9. Хворим на генералізований пародонтит здійснюють загальноприйняті заходи з ліквідації місцевих подразнюючих чинників, знаття зубних відкладень, закритий кюретаж пародонтальних кишень за показаннями і призначають ротові ванночки зі стандартного розчину звіробою двічі на день і аплікації та інстиляції на ясна лікувального гелю у складі: настоянка ехінацеї пурпурової – 1 мл; настоянка звіробою – 1 мл; ентеросгель – 2 г (у кількості, необхідній для отримання гелеподібної консистенції). Гель накладають на ясна у вигляді аплікацій та інстилюють у пародонтальні кишень на 20-30 хвилин один раз на день упродовж 5-7 днів.
10. Хворі на генералізований пародонтит.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Кімак Г.Б. (0509462710), Мельничук Г.М., Рожко М.М., Кононенко Ю.Г.

#### Реєстр. № 344/5/18

1. **СПОСІБ ФОРМУВАННЯ, КОРЕКЦІЇ ТА ОЦІНКИ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПЛОЩИНИ.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.



4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 117168. МПК А61С 19/05 (2006.01). Спосіб формування, корекції та оцінки оклюзійної площини / Ковалишин А.Ю., Рожко М.М., Дмитришин Т.М. – № u201607415; заявл. 07.07.2016; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб формування, корекції та оцінки оклюзійної площини, що включає визначення Камперівської горизонталі та використання пластмасового базису на верхню щелепу з високим прикусним валиком, який відрізняється тим, що на вестибулярну поверхню верхнього прикусного воскового валика наклеюють паперову стрічку з нанесеними з інтервалом 1 мм кольоровими горизонтальними лініями та, позиціонуючи на одну лінію точки, які були попередньо нанесені в ділянці кореня носу та верхніх країв козелків вух, фотографують обличчя пацієнта цифровим пристроєм, отримують зображення, на якому, за допомогою програмного забезпечення Microsoft PowerPoint, наносять лінію, що відповідає Камперівській горизонталі, та паралельну їй-оклюзійну; за точками перетину останньої та горизонтальних ліній паперової стрічки здійснюють формування, корекцію та оцінку оклюзійної площини.
8. Запропонований спосіб максимально об'єктивізує визначення, формування, корекцію та оцінку оклюзійної площини у разі ортопедичного лікування пацієнтів із частковими та повними дефектами зубних рядів знімними конструкціями зубних протезів.
9. Твердий базис із прикусними валиками, стрічка з нанесеними горизонтальними лініями та поділками, роторозширювач, цифровий фотопристрій, персональний комп'ютер із встановленим графічним редактором.
10. Пацієнти з частковими та повними дефектами зубних рядів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Ковалишин А.Ю., Рожко М.М., Дмитришин Т.М.

#### Реєстр. № 345/5/18

1. **СПОСІБ АУГМЕНТАЦІЇ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 119517. МПК А61В 17/24 (2006.01). Спосіб аугментації коміркового відростка верхньої щелепи / Рожко М.М., Солоджук Ю.І., Денисенко О.Г., Бойчук-Товста О.Г., Івасів А.П. – № u201703807; заявл. 18.04.2017; опубл. 25.09.2017. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Спосіб аугментації коміркового відростка верхньої щелепи, що полягає у проведенні двох вертикальних розмірів під кутом до межі прикріпленого та рухомою частиною ясен з вестибулярної сторони в ділянці відсутнього зуба відступаючи латерально до середини коронок сусідніх зубів, які з'єднуються між собою горизонтальним розрізом на відстані 6-12 мм від виступу краю коміркового

- відростка з внутрішньоротового боку, відсепаруванні слизово-окістного клаптя з наступним заповненням утвореної кишені/порожнини імплантом/кістковим матеріалом та ушиванням рани вузловими швами, який відрізняється тим, що перед заповненням утвореної проведеними розрізами порожнини кістковим матеріалом провокують кровотечу проведенням декортикації в ділянці краю коміркового відростка до заповнення порожнини кров'ю, після чого порожнину заповнюють кістковим матеріалом на основі фізично модифікованого сульфату кальцію («Bond Bone»), висікають краї рани на 1-1,5 мм з двох боків для створення контактної поверхні, проводять горизонтальну періостотомію для мобілізації слизово-окістного клаптя, співставляють краї рани і фіксують вузловими швами.
8. У результаті лікування даною методикою через сім місяців при рентгенологічному дослідженні виявлені острівки осцифікації та збільшення висоти коміркового відростка. У результаті лікування використання матеріалу на основі фізично модифікованого сульфату кальцію (як приклад матеріалу «BondBone») забезпечено остеокондуктивні умови для регенерації кісткової тканини, відновлено об'єм втраченої тканини шляхом повної резорбції матеріалу з одночасною регенерацією кісткової тканини і проведенням декортикації в ділянці краю коміркового відростка спровоковано кровотечу з кісткової тканини, яка створила додаткове джерело заповнення даної порожнини кров'ю, що в свою чергу створило кращі остеоіндуктивні умови для регенерації кісткової тканини. Пропонований спосіб аугментації забезпечує кращі умови для регенерації кісткової тканини коміркового відростка верхньої щелепи.
  9. Матеріал «BondBone», індивідуально підібрані препарати для премедикації та знеболення операційного поля, хірургічний скальпель.
  10. Для забезпечення кращих умов регенерації кісткової тканини коміркового відростка верхньої щелепи.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Немає.
  15. Рожко М.М., Солоджук Ю.І., Денисенко О.Г., Бойчук-Товста О.Г.

#### **Реєстр. № 346/5/18**

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ НАВІГАЦІЙНИХ ШАБЛОНІВ З НАПРЯМНИМИ ДЛЯ ПІЛТНОГО ВСТАНОВЛЕННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 113710. МПК А61С 13/34 (2006.01), А61С 8/00, А61С 9/00. Спосіб виготовлення навігаційних шаблонів з напрямними для пілотного встановлення дентальних імплантів / Пантус А.В., Когут В.Л., Грекуляк В.В., Білоус О.Т., Подгенза І.І., Челій О.І., Малендевич Т.Л. – № а201604522; заявл. 22.04.2016; опубл. 27.02.2017. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Винахід належить до медицини, зокрема до хірургічної стоматології, а саме імплантології, і може застосовуватися як для виготовлення навігаційних шаблонів для встановлення дентальних імплантатів, так і для внутрішньоопераційної навігації. Спосіб виготовлення шаблонів з напрямними для встановлення

дентальних імплантатів включає попереднє сканування щелеп на конусній томографії та наступне планування встановлення дентальних імплантатів в комп'ютерній програмі із зняттям відбитка та виготовленням моделі, співставлення її тривимірної реконструкції в комп'ютерній програмі і здійснення на основі отриманих даних пілотного встановлення напрямних на моделі. Згідно з винаходом після попереднього сканування у пацієнта знімають відбиток щелепи та виготовляють розбірну гіпсову модель із заміним(и) блоком(ами), яку, в свою чергу, сканують оптичним сканером/томографом, спочатку сканують всю модель, потім окремо заміний(і) блок(и), в канали вставляють металеві піни, відображають в каналах вісь і співставляють в програмному забезпеченні дані КТ та дані скана гіпсової моделі і її замінного(их) блока(ів) в тривимірному просторі по коронках зубів, отримують тривимірну реконструкцію кістки, рельєфу слизової, з наступним визначенням в програмі остаточної позиції імплантатів, віртуальним прорізанням каналів в замінному блоці та відтворенням методом FDM друку замінного(их) блока(ів) з каналами позиції майбутніх імплантатів, кут і розташування яких відповідають куту та розташуванню майбутніх імплантатів, а їхній діаметр - діаметру металевих піни, відпринтований(і) блок(и) з каналами замінюють на гіпсовий в плащі з пазами з посадкою на своє місце без похибки, в канали вставляють металеві піни, діаметром щонайменше 2 мм, на піни надівають титанові гільзи і далі вручну виготовляють шаблон з фотополімерної маси з опорою на зубний ряд. Пропонований спосіб виготовлення навігаційних шаблонів з напрямними для пілотного встановлення дентальних імплантатів поєднує методики комп'ютерного планування та технології тривимірного прототипування і забезпечує точну відповідність внутрішнього рельєфу шаблону рельєфу слизової оболонки і, відповідно, можливість точної посадки та фіксації шаблону на слизовій і зубах.

8. Створення нового ефективного і більш точного способу виготовлення навігаційних шаблонів для пілотного встановлення дентальних імплантів шляхом поєднання методик комп'ютерного планування та технології тривимірного прототипування і відпрацювання системної послідовності пропонованих операцій щодо створення гіпсової розбірної моделі, її сканування точним позиціонуванням в тривимірному просторі відносно КТ, перенесення розташування імплантата на заміний блок з наступним його тривимірним відтворенням, позиціонуванням металевих піни з гільзами в роздрукованому блоці та виготовлення шаблону ручним способом з фотополімерної маси для пілотного встановлення дентальних імплантів забезпечити точну відповідність внутрішнього рельєфу шаблону та рельєфу слизової оболонки, що забезпечує можливість точної посадки та фіксацію шаблону на слизовій і зубах.
9. Апарат КТ, металеві піни з гільзами, фотополімерна маса, гіпс для створення моделі.
10. Пацієнти, яким планується встановлення дентальних імплантів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Пантус А.В., Челій О.І., Білоус О.Т.

#### Реєстр. № 347/5/18

1. СПОСІБ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ.
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.

3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 113794. МПК А61В 6/03 (2006.01), А61В 6/14 (2006.01), G03В 42/00, G03В 42/02 (2006.01). Спосіб візуалізації привушної слинної залози / Челій О.І., Палійчук М.І., Палійчук В.І., Палійчук І.В., Рожко М.М., Дудій П.Ф. – № u201609212; заявл. 02.09.2016; опубл. 10.02.2017. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб візуалізації привушної слинної залози включає отримання зображення скануючих анатомічних структур привушної слинної залози у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах з використанням конусно-променевого комп'ютерного томографа, введення водорозчинної рентгеноконтрасної речовини у вивідну протоку залози. Середньо-сагітальний промінь виставляють посередині проекції краю кута гілки нижньої щелепи. Промінь франкфуртської горизонталі виставляють в площині середини між гілкою нижньої щелепи та суглобовою головкою в аксіальній площині, а промінь позиціонування – на 1см медіальніше кута гілки нижньої щелепи у вертикальній площині.
8. Тривимірний об'єм даних дозволяє одержати точну, чітку реконструкцію скануючих структур привушної слинної залози у фронтальній, сагітальній та аксіальній площинах з малою дозою опромінення в короткий проміжок часу.
9. Рентгеноконтрасна речовина, апарат КТ.
10. Для діагностики захворювань привушної слинної залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Челій О.І., Палійчук В.І., Палійчук І.В.

#### Реєстр. № 348/5/18

1. **СПОСІБ ЗНЯТТЯ ВІДБИТКА ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВОЇ ВКЛАДКИ.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 119076. МПК А61С 5/70 (2017.01), А61С 8/00. Спосіб зняття відбитка для виготовлення кукової вкладки / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я. – № u201702893; заявл. 27.03.2017; опубл. 11.09.2017. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб зняття відбитка для виготовлення кукової вкладки включає препарування твердих тканин кореня зуба з урахуванням топографії кореневого каналу і зняття відбитка з використанням відбиткового базисного силіконового матеріалу. Після препарування твердих тканин кореня зуба знімають базисний оклюзійний відбиток з використанням базисної силіконової маси з подальшим вирізом скрізного вікна в ділянці зруйнованого зуба на відбитку з нанесенням помітки-орієнтира маркером на бортах базисного відбитку. При цьому попередньо ендодонтично лікований корінь проходять на 2/3 його довжини, після чого коригуючу силіконову масу вводять на базисний оклюзійний відбиток із двох сторін і каналонаповнювачем в кореневий канал, розтискають масу в каналі пластмасовим штифтом. Після цього базисний

- оклюзійний відбиток із коригуючою масою вводять в ротову порожнину пацієнта і створюють додаткову компресію на силіконову коригуючу масу щільним стисканням зубів пацієнта, знімають робочий відбиток у вигляді комбінації із робочої частини, зубів-антагоністів та оклюзії в одному цілому і передають для виготовлення куксової вкладки лабораторним способом.
8. Поставлено задачу створити простий, точний та недорогий спосіб зняття відбитку для виготовлення куксової вкладки шляхом використання відбиткового силіконового базисного матеріалу забезпечити можливість формувати і знімати силіконовий відбиток в кореневому каналі з високою точністю, усунути наявність пор в силіконі, спростити та здешевити процедуру виготовлення і тим самим забезпечити виготовлення куксової вкладки з великою точністю її прилягання до поверхні кореневого каналу.
  9. Силіконова відбиткова маса, пластмасовий штифт, каналонаповнювач.
  10. Пацієнти, яким потрібно виготовлення куксової вкладки
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Немає.
  15. Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я.

#### Реєстр. № 349/5/18

1. **СПОСІБ ВВЕДЕННЯ ТА ПРОЛОНГОВАНОГО ЗБЕРІГАННЯ ЛІКУЮЧОГО ЗАСОБУ В ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЯХ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 120427. МПК А61М 31/00, А61М 5/32 (2006.01). Спосіб введення та пролонгованого зберігання лікуючого засобу в пародонтальних кишнях при лікуванні захворювань тканин пародонта / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я. – № u201706263; заявл. 19.06.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб введення та пролонгованого зберігання лікуючого засобу в пародонтальних кишнях при лікуванні захворювань тканин пародонта включає використання індивідуальної пародонтальної капи і введення лікуючого засобу в пародонтальну кишню. Лікуючий засіб вводять в пародонтальну кишню одноразовим шприцом з стерильною пластмасовою ендодонтичною голкою. Після цього лікуючий засіб закривають наперед виготовленою модифікованою індивідуальною капою, краї якої змодельовані до перехідної складки і закінчуються потовщеним валиком, і герметизують прилягання капи до слизової оболонки, для чого краї капи додатково змащують фіксаційним кремом, зразка «Корега». Спосіб забезпечує пряме ведення препарату у зону запалення та довготривале знаходження лікувального препарату в пародонтальній кишні, запобігаючи змиванням слиною і механічним стиранням язиком. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для застосування наукової (науково-технічної) продукції. Лікуючий засіб вводиться в пародонтальну кишню за

- допомогою шприца та пластмасової ендодонтичної голки, далі дана речовина закривається капою.
8. Використання запропонованого способу введення та пролонгованого зберігання лікувального засобу в пародонтальних кишнях при лікуванні захворювань тканин пародонта дозволяє забезпечити повну ізоляцію лікувальної ділянки та збільшує час знаходження лікувального засобу в лікувальній ділянці.
  9. Індивідуальна пародонтальна капа, одноразовий шприц з стерильною пластмасовою ендодонтичною голкою, лікувальний засіб.
  10. Захворювання тканин пародонта.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Немає.
  15. Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я.

### Реєстр. № 350/5/18

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ РЕЗОРБУЮЧИХ МОНОЛІТНИХ ПОЛІМЕРНИХ МЕМБРАН ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ КОМІРКОВОЇ ЧАСТИНИ ЩЕЛЕП.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 114140. МПК А61С 8/00, А61С 9/00. Спосіб виготовлення резорбуючих монолітних полімерних мембран для реконструкції коміркової частини щелеп / Рожко М.М., Пантус А.В., Когут В.Л., Челій О.І., Грекуляк В.В. – № а201510569; заявл. 29.10.2015; опубл. 25.04.2017. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Винахід стосується медицини, зокрема хірургічної стоматології, а саме імплантології, і може застосовуватися для виготовлення резорбуючих монолітних мембран для реконструкції коміркової частини щелеп при повній втраті зубів, який включає в себе виготовлення мембрани з пристосуванням її до меж дефекту коміркових відростків щелеп за параметрами кістково-тканинної втрати дефекту коміркових відростків щелепи і трафаретом, краї якого виходять поза межі дефекту, перевіряння її прилягання до кісткових стінок дефекту і закріплення, де пацієнтові з атрофією коміркової частини щелепи здійснюють попереднє сканування щелепи на конусній томографії з наступним віртуальним моделюванням майбутньої конфігурації коміркової частини щелепи з наперед заданим об'ємом і майбутньої мембрани з заданими параметрами її товщини та мікроструктури і відтворенням конфігурації та форми мембрани з двох частин з термопластичного біополімеру методом тривимірного FDM друку, на одній із яких повторюють рельєф кісткової тканини, що межує з ділянкою реконструкції, і передбачують отвори під фіксуючі до кістки елементи піни, мікрошурупів, а іншу частину мембрани формують у вигляді каркаса-контейнера для утримання остеопластичного матеріалу.
8. Застосування запропонованого способу виготовлення резорбуючих монолітних полімерних мембран для реконструкції коміркової частини щелеп забезпечує можливість уніфікованого виготовлення біодеградуємих полімерних жорстко-еластичних каркасів (мембран) для реконструкції коміркової частини щелеп при повній втраті зубів і скорочує час оперативного втручання з розширенням

- практичної стоматології, зокрема імплантології для здійснення естетично-функціональних вимог ортопедичному лікуванню.
9. Апарат КТ, хірургічні мембрани з термопластичного біополімеру.
  10. Пацієнти, яким потрібна реконструкція коміркової частини щелеп при повній втраті зубів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Немає.
  15. Рожко М.М., Челій О.І., Пантус А.В.

#### **Реєстр. № 351/5/18**

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВОЇ ВКЛАДКИ НА ІМПЛАНТАТ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ФІКСУЮЧОГО ГВИНТА АБАТМЕНТА.**
2. НДР «Оптимізація лікувально-профілактичних заходів для зменшення рівня стоматологічної захворюваності сільського населення Прикарпаття, яке проживає на антропогенно навантажених територіях», 0117U000946, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 118588. МПК А61С 8/00. Спосіб виготовлення куксової вкладки на імплантат при пошкодженні фіксуєчого гвинта абатмента / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я., Челій А.О. – № u201702832; заявл. 27.03.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Спосіб виготовлення коренево-куксової вкладки на імплантат при пошкодженні фіксуєчого гвинта абатмента, що включає препаровку кореневого каналу, просушування та зняття відбитку коригуючою масою, про знімання всього цього базисним матеріалом перед зняттям відбитку та передачею в зубо-протезну лабораторію, який відрізняється тим, що попередньо висвердлюють пошкоджений гвинт фіксування абатмента до імплантата та відрепаровують канал імплантата під куксову вкладку торцевим бором з наступним зняттям базисного оклюзійного відбитку базисним силіконовим матеріалом і коригуючою масою, яку армують пластмасовим штифтом, для чого вводять каналонаповнювачем в підготовлений канал імплантата коригуючу силіконову масу, розтискають масу в каналі пластмасовим штифтом, вводять базисну масу і створюють додаткову компресію на силіконову коригуючу масу змиканням щелеп пацієнта, знімають відбиток у вигляді комбінації із робочої частини, зубів антагоністів та оклюзії в одному цілому і передають в лабораторію, за яким виготовляють куксову вкладку і фіксують її на імплантаті в порожнині рота.
8. Дозволяє забезпечити можливість виготовлення куксової вкладки на пошкоджений імплантат і її використання як надійної опори відновленої ортопедичної конструкції. Використання пропонованого способу виготовлення коренево-куксової вкладки на імплантат при пошкодженні фіксуєчого гвинта абатмента, дозволяє забезпечити можливість виготовлення куксової вкладки на пошкоджений імплантат і її використання як надійної опори відновленої ортопедичної конструкції.
9. Силіконовий матеріал для зняття відбитка, пластмасовий штифт, імплант.
10. При пошкодженні фіксуєчого гвинта абатмента.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я., Челій А.О.

#### Реєстр. № 352/5/18

1. **МЕТОД ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ ХВОРИХ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ЇХ ТЯЖКОСТІ.**
2. НДР «Розробка та удосконалення клінічних та технологічних заходів комплексного лікування хворих з дефектами і деформаціями зубо-щелепної системи», 0109U000017, 2014-2017 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади стоматологічного профілю.
7. Після отримання відбитків та виготовлення контрольних моделей у пацієнтів із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння проводилося їх фото документування із застосуванням фотокамери. Отримане зображення дзеркально оберталось і накладалося на фотографію зубного ряду нижньої щелепи у співвідношенні центральної оклюзії. Наступним кроком у комп'ютерному інтерфейсі здійснювали маркування кожного зуба, промарковані зуби верхньої щелепи з'єднували синіми лініями, нижньої – зеленими, серединної лінії – чорним кольором із подальшою калібрацією масштабу блакитним кольором. Завершальним етапом є фіксація отриманої візуалізації конфігурацій зубних рядів і вилучення зображення-тла.
8. Запропонований метод дозволяє оцінити тяжкість деформацій, чітко визначити ступінь і обчислити величини невідповідностей співвідношень між верхнім і нижнім зубними рядами та попередньо визначити найбільш придатну ортопедичну конструкцію.
9. Лікарі стоматологи, метод візуалізації.
10. Пацієнти із вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння в процесі ортопедичного лікування.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Олійник А.Ю., Макеєв В.Ф. (0322607225).

#### Реєстр. № 353/5/18

1. **СПОСІБ НЕЗНІМНОГО ТИМЧАСОВОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ МНОЖИННОМУ ПРЕПАРУВАННІ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРТІСТЮ.**
2. НДР «Розробка та удосконалення клінічних та технологічних заходів комплексного лікування хворих з дефектами і деформаціями зубо-щелепної системи», 0109U000017, 2014-2017 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.



6. Впроваджено в медичні заклади стоматологічного профілю.
7. Для збереження індивідуальної оклюзії на зубний ряд протилежний щодо лікувальної капи виготовляється штампована капа з термопластичного матеріалу. Товщина штампованої капи повинна бути мінімальною і не міняти співвідношення щелеп. Після множинного препарування вітальних зубів для збереження досягнутого співвідношення щелеп та захисту відпрепарованих зубів на них необхідно виготовити тимчасові коронки, які повинні точно передати форму та розмір зубів до препарування.
8. Спосіб спрощує виготовлення незнімної ортопедичної конструкції, покращує якість та ефективність ортопедичного лікування, зберігає індивідуальну оклюзію у кожного пацієнта.
9. Штампована капа з термопластичного матеріалу, незнімна ортопедична конструкція, ортопедичне лікування, лікар стоматолог.
10. Пацієнти із генералізованою патологічною стертістю зубів (II-III ступеня).
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Риберт Ю.О., Кирманов О.С., Кінаш Ю.О. (0974354425).

#### **Реєстр. № 354/5/18**

1. **СПОСІБ ОТРИМАННЯ ТОЧНОГО ВІДБИТКУ У ПРИШИЙКОВІЙ ДІЛЯНЦІ ВІДПРЕПАРОВАНИХ ЗУБІВ ПРИ ГІПЕРТРОФІЧНОМУ ГІНГІВІТІ ПОЧАТКОВОГО СТУПЕНЯ.**
2. НДР «Розробка та удосконалення клінічних та технологічних заходів комплексного лікування хворих з дефектами і деформаціями зубо-щелепної системи», 0109U000017, 2014-2017 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади стоматологічного профілю.
7. Отримавши гіпсову модель, в роті на відпрепаровані зуби припасовують та фіксують термопластичні ковпачки. Із зубного ряду знімають відбиток базисним силіконовим матеріалом (ковпачки переносяться у відбиток). Лікар формує вивідні канали у відбитку, вносить коригуючий відбитковий матеріал у ковпачки та знімає відбиток.
8. Висока точність відбитку, особливо у пришийковій ділянці відпрепарованих зубів з чітким відображенням уступу під штучну коронку, є важливим елементом у забезпеченні успішного ортопедичного лікування хворих.
9. Гіпсова модель, термопластичні ковпачки.
10. Пацієнти із дефектами зубів та зубних рядів при гіпертрофічному гінгівіті початкового ступеня.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Риберт Ю.О., Кирманов О.С., Кінаш Ю.О. (0974354425).

#### **Реєстр. № 355/5/18**

1. **ІННОВАЦІЙНА МЕТОДИКА ХЕМО-МЕХАНІЧНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ.**
2. НДР «Профілактика ускладнень ендодонтичного лікування кореневих каналів зубів», 0111U002806, 2013-2017 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в медичні заклади стоматологічного профілю.
7. Метод хемо-механічної обробки кореневих каналів зубів включає обробку кореневого каналу на всю робочу довжину ендодонтичними інструментами відповідного розміру із використанням медикаментозних препаратів. Протягом всього процесу хемо-механічної обробки кореневого каналу по чергово використовують іригаційні розчини: антисептик – 6% розчин гіпохлориту натрію, хелатний розчин – 17% розчин етилендіамінтетраоцтової кислоти (ЕДТА), і антидот – 5% розчин тіосульфату натрію.
8. Запропонований метод дає можливість отримати найкращий результат очищення апікальної частини кореневого каналу, найбільш значимої ділянки в прогнозі ендодонтичного лікування та найважкодоступнішої для хіміко-механічної обробки кореневих каналів зубів. Перевагами запропонованого способу є неінвазивність, висока інформативність та доступність.
9. Хемо-механічна обробка кореневих каналів зубів, ендодонтичні інструменти, іригаційні розчини, лікар стоматолог.
10. Ендодонтичне лікування, системи очищення кореневих каналів перед пломбуванням зубів.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Сидорак Х.Т. (0953881798), Волокітін О.М., Мозгова Н.В., Неміш Т.Ю. (0673535288).

**Реєстр. № 356/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ЕТАПІ ПЕРЕДХВОРОБИ ЗАПАЛЬНИХ ТА ЗАПАЛЬНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ (18-25 РОКІВ).**
2. НДР «Сучасний погляд на питання діагностики, профілактики та прогнозування основних стоматологічних захворювань в осіб молодого віку», 0117U002465, 2017-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 125182. МПК G01N 33/48 (2006.01), А61В 5/00. Спосіб прогнозування розвитку та ранньої діагностики на етапі передхвороби запальних та запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку (18-25 років) / Білоклицька Г.Ф., Горголь К.О., Кир'яченко С.П.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201800678; заявл. 24.01.2018; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Крім дослідження у слині вмісту прозапальних цитокінів: фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), інтерлейкіну-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ) та протизапального інтерлейкіну-4 (ІЛ-4),

- додатково проводиться генетичний аналіз поліморфізму генів ACE (I/D), TNF- $\alpha$  (308G/A) та eNOS (894G/T) у буккальному епітелію, який дозволяє визначити індивідуальну генетичну схильність до розвитку захворювань тканин пародонта.
8. Щораніше діагностувати запальні та запально-дистрофічні захворювання тканин пародонту на етапі передхвороби, прогнозувати схильність до їх розвитку, а також своєчасно виділити групи ризику означеної патології серед осіб молодого віку.
  9. Буккальні щіточки, пробірки, набори реактивів, автоматичний аналізатор, ампліфікатор, транслюмінатор, мікротермостат.
  10. Хронічний катаральний гінгівіт та генералізований пародонтит хронічного перебігу.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Білоклицька Г.Ф., Горголь К.О. (0934794731).

### Реєстр. № 357/5/18

1. **СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА І ТКАНИН ПАРОДОНТА.**
2. НДР «Розробка нових лікувально-профілактичних засобів та обґрунтування їх застосування у комплексному лікуванні уражень слизової оболонки порожнини рота за умов екзогенних та ендогенних факторів ризику», 0116U008934, 2017-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 130112. МПК А61К 36/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб місцевого лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта / Кравченко Л.С., Золотухіна О.Л., Романова Ю.Г.; заявник і патентовласник Одеський національний медичний університет. – № u201805611; заявл. 21.05.2018; опубл. 26.11.2018. Бюл. № 22.
6. Запальні ускладнення в ротовій порожнині при захворюваннях шлунку, спеціальний лікувальний гель, ультрафонофорез, місцева терапія, міські, обласні стоматологічні установи.
7. Запропонований спосіб лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта включає сполучне застосування лікувального гелю на основі продуктів бджільництва і біологічно активних речовин, у подальшому як апігель, шляхом нанесення тонким шаром на уражені ділянки із ультрафонофорезом, накладаючи випромінювач без відриву від поверхні СОПР на протязі 1-2 с в імпульсному режимі із частотою поливань 830 кГц, інтенсивністю 0,4 Вт/см<sup>2</sup> протягом 5 хв щоденно, курсом 5-7 днів, що забезпечує знеболення, купіровання запалення, нормалізацію гемомікроциркуляції, гомеостазу ротової порожнини та активацію регенерації уражених тканин.
8. Розроблений спосіб лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта дозволить швидше досягти вираженого терапевтичного ефекту із відновленням структурно-функціонального стану в порожнині рота, що значно підвищить якість життя пацієнтів, скоротить у 3 рази термін лікування, знизить собівартість лікування і економічні витрати.
9. Стоматологічний шпатель.
10. Стан слизової оболонки ротової порожнини у хворих з гіперацидним гастритом.
11. Немає.
12. Не відмічені.

13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2.
14. Стоматологічні установи.
15. Кравченко Л.С., Бас О.А., Золотухіна О.Л., Седлецька А.О.

#### **Реєстр. № 358/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НАНОТЕХНОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ.**
2. НДР «Вивчення метаболічного гомеостазу організму при захворюваннях органів ротової порожнини у осіб різного віку та оптимізація їх лікування і профілактики», 0116U004146, 2016-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Протягом місяця проводили аплікації на ясна нанотехнологічного препарату – протизапального гелю з неовітином «Vivax dent». Гелева основа дозволяє даному засобу добре фіксуватися на проблемній ділянці слизової оболонки, не розтікатися, що забезпечує необхідну терапевтичну концентрацію препарату, його керовану експозицію. При чищенні зубів пропонували застосовувати зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бетулавітом» протягом 4 тижнів, потім протягом 4 тижнів - зубну пасту «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бісабололом». Такий лікувально-профілактичний курс проводили 2 рази в рік (навесні та восени).
8. Медичні – підвищення ефективності лікування і профілактики загострень хронічного катарального гінгівіту; економічні – зменшення термінів лікування, фінансових витрат на лікування дітей, внаслідок зменшення частоти загострень захворювання; соціальні – підвищення якості життя дітей.
9. Лікар-стоматолог, устаткування стоматологічного кабінету, основний стоматологічний інструментарій, «Vivax dent» гель протизапальний для порожнини рота з пептидним комплексом і «Неовітином», зубна паста «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бетулавітом», зубна паста «VIVAX Dent з активним пептидним комплексом і бісабололом».
10. Хронічний катаральний гінгівіт та його загострення.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського». 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.
14. Немає.
15. Авдєєв О.В. (0978521694), Змарко Ю.К. (0967534768).

#### **Реєстр. № 359/5/18**

1. **СПОСІБ ВІДТВОРЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ГІНГІВІТУ.**
2. НДР «Вивчення метаболічного гомеостазу організму при захворюваннях органів ротової порожнини у осіб різного віку та оптимізація їх лікування і профілактики», 0116U004146, 2016-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.

6. Немає.
7. Після попереднього знечулення ефіром білого безпородного щура віком 1-2 міс. фіксували у станку, після чого біля ясен нижнього різця підводили робочу головку ультразвукового генератора-випромінювача і здійснювали однократний направлений вплив коливаннями ультразвукової частоти при наступних параметрах впливу: частота коливань 50 кГц, потужність випромінювання в межах від 0,8 до 1,2 Вт см<sup>2</sup> включно при експозиції впливу 45 с. Висновок про відтворений патологічний процес робили на 5 добу за показниками об'єктивного обстеження (огляду). У щурів виникали виразні зміни з боку ясен, які характеризувалися гіперемією, набряком, кровоточивістю, збільшенням висоти ясенного сосочка, без руйнування кругової зв'язки та оголення кореня зуба, що з'ясовували за допомогою затупленого стоматологічного зонда.
8. Медичні – можливість випробувань різних препаратів і лікувальних схем для підвищення ефективності лікування і профілактики загострень хронічного катарального гінгівіту у дітей; економічні – зменшення фінансових витрат при підборі різних препаратів і лікувальних схем; соціальні – у кінцевому результаті – підвищення якості життя дітей.
9. Ультразвуковий скейлер, ефір.
10. Випробування різних препаратів і лікувальних схем для підвищення ефективності лікування і профілактики загострень хронічного катарального гінгівіту.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського». 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.
14. Немає.
15. Авдєєв О.В. (0978521694), Змарко Ю.К. (0967534768).

### Реєстр. № 360/5/18

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНЕ КРІПЛЕННЯ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119770. МПК А61С 13/00 (2017.01), А61С 13/277 (2006.01). Телескопічне кріплення знімних протезів / Нідзельський М.Я., Линник Ю.Є., Семеняка М.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201703162; заявл. 03.04.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Телескопічне кріплення знімних протезів полягає у використанні розробленого нами телескопічного з'єднання з використанням реологічних властивостей еластичної репліки.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, знімні протези з розробленою нами телескопічною фіксацією (утриманням) цих протезів. Використання таких протезів підвищать їх функціональну ефективність, комфортність для пацієнтів.
9. Набір термопластичних матеріалів з малим модулем Юнга та використання 3D технологій.
10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.

13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Нідзельський М.Я. (0532221844), Линник Ю.Є., Семеняка М.В.

#### **Реєстр. № 361/5/18**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНЕ КРІПЛЕННЯ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 116414. МПК А61С 13/00 (2017.01), А61С 13/277 (2006.01). Телескопічне кріплення знімних протезів / Линник Ю.Є., Шиян Є.Г., Семеняка М.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201610327; заявл. 10.10.2016; опубл. 25.05.2017. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Телескопічне кріплення знімних протезів полягає у використанні розробленого нами телескопічного з'єднання з використанням конусно-циліндричних подвійних коронок.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, знімні протези з розробленою нами телескопічною фіксацією (утриманням) цих протезів. Використання таких протезів підвищать їх функціональну ефективність, комфортність для пацієнтів.
9. Використання класичних технологій і матеріалів якими користуються в теперішній час.
10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Линник Ю.Є. (0532221844), Шиян Є.Г., Семеняка М.В.

#### **Реєстр. № 362/5/18**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНА СИСТЕМА ФІКСАЦІЇ ЗНІМНИХ ЧАСТКОВИХ ПРОТЕЗІВ.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120618. МПК А61С 13/00 (2017.01), А61С 13/277 (2006.01.) Телескопічна система фіксації знімних часткових протезів / Линник Ю.Є., Семеняка М.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201705153; заявл. 26.05.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Телескопічна система фіксації знімних часткових протезів полягає у використанні розробленого нами телескопічного з'єднання бочкоподібної форми ковпачка та базису протеза з еластичного матеріалу.

8. Медичний та соціальний. Запропоновано, знімні протези з розробленою нами телескопічною фіксацією (утриманням) цих протезів. Використання запропонованої нами фіксації для еластичних знімних протезів.
9. Не потребує спеціальних технологій і матеріалів.
10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів з еластичних базисних матеріалів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Линник Ю.Є. (0532221844), Семеняка М.В.

#### **Реєстр. № 363/5/18**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНА ЗУБНА КОРОНКА.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118487. МПК А61С 5/30 (2017.01). Телескопічна зубна коронка / Линник Ю.Є., Лічман Д.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201702098; заявл. 06.03.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Телескопічне кріплення знімних протезів полягає у використанні розробленого нами телескопічного з'єднання з використанням допоміжного елемента – ретенційного пружинистого кільця.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, знімні протези з розробленою нами телескопічною фіксацією (утриманням) цих протезів. Використання таких протезів розширить можливості лікаря стоматолога – ортопеда у виборі системи їх фіксації.
9. Використання класичних технологій і матеріалів якими користуються в теперішній час та наявність пружинистих кілець із ретенційним зазором – «ретенційним замком».
10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Линник Ю.Є. (0532221844), Лічман Д.В.

#### **Реєстр. № 364/5/18**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНА ЗУБНА КОРОНКА.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118565. МПК А61С 5/30 (2017.01), 5/70 (2017.01.). Телескопічна зубна коронка / Линник Ю.Є., Шиян Є.Г.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська

- медична стоматологічна академія». – № u201702524; заявл. 20.03.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
  7. Телескопічне кріплення знімних протезів полягає у використанні розробленого нами телескопічного з'єднання з використанням допоміжного елемента – еластичної антифрикційної манжети.
  8. Медичний та соціальний. Запропоновано, знімні протези з розробленою нами телескопічною фіксацією (утриманням) цих протезів. Використання таких протезів розширить можливості лікаря стоматолога – ортопеда у виборі системи їх фіксації.
  9. Використання фрезерувальних технологій та наявність еластичних антифрикційних манжет.
  10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
  14. Немає.
  15. Линник Ю.Є. (0532221844), Шиян Є.Г.

#### **Реєстр. № 365/5/18**

1. **ТЕЛЕСКОПІЧНА ЗУБНА КОРОНКА.**
2. НДР «Вплив стоматологічних конструкцій й матеріалів на протезне поле та адаптаційні властивості організму», 0116U004188, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія ортопедична.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118566. МПК А61С 5/30 (2017.01), 5/70 (2017.01.). Телескопічна зубна коронка / Линник Ю.Є., Цветкова Н.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201702525; заявл. 20.03.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Телескопічна система фіксації знімних часткових протезів полягає у використанні розробленої нами подвійної коронки з утворенням між ними вільного простору з можливістю розміщення у ньому пружинистого кільця з ретенційним зазором.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, телескопічну (подвійну коронку), яка забезпечить хорошу фіксацію знімних протезів з більшим терміном експлуатації.
9. Не потребує спеціальних технологій і матеріалів, окрім наявності різноманітних ретенційних кілець.
10. При виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Линник Ю.Є. (0532221844), Цветкова Н.В. Контактна особа – Линник Юлія Євгенівна, тел. р. 8

#### **Реєстр. № 366/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА, ЗУБНИХ РЯДІВ ТА КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ.**



2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканин пародонту та скронево-нижньощелепного суглобу у дорослих», 0117U000302, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 108477. МПК (2016.01) А61В 5/00. Спосіб діагностики гігієнічного стану тканин порожнини рота, зубних рядів та конструкцій зубних протезів / Король Д.М., Кіндій Д.Д., Коробейнікова Ю.Л., Запорожченко І.В., Тончева К.Д., Малюченко М.М.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201511043; заявл. 11.1.2015; опубл. 25.07.2016. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає кристалографічне дослідження розчину ротової рідини, який згідно з корисною моделлю, у якості ротової рідини використовують змив ротової порожнини пацієнта після інтенсивного полоскання ротової порожнини 2 мл фізіологічного розчину протягом 10 секунд, виготовлення мікропрепаратів та їх мікроскопію за допомогою оптичного мікроскопа Levenhuk D50L NG, цифрової камери Levenhuk DEM 200, програмного пакета захвату зображення Levenhuk TourView та програмного пакета обробки зображення ImageJ VI.50.
8. Позитивний ефект даного способу полягає в об'єктивізації процесу виявлення негативних чинників впливу на тканини порожнини рота, ортопедичну конструкцію та організм в цілому; забезпеченні підвищення інформативності та ефективності досліджень пов'язаних з кристалоскопією біологічних рідин.
9. Фізіологічний розчин NaCl, пробірки, оптичний мікроскоп Levenhuk D50L NG, цифрова камера Levenhuk DEM 200, програмний пакет захвату зображення Levenhuk TourView та програмний пакет обробки зображення ImageJ VI.50., комп'ютер.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованого способу є оцінка гігієнічного стану тканин порожнини рота, зубних рядів та конструкцій зубних протезів.
11. Не виявлено.
12. Можливі помилки: на етапі підготовки до мікроскопії. Шляхи усунення: дотримання правил висушування мікропрепаратів за методом клиноподібної дегідратації.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Король Д.М. (0507343050), Кіндій Д.Д., Коробейнікова Ю.Л., Запорожченко І.В., Тончева К.Д., Малюченко М.М.

#### **Реєстр. № 367/5/18**

1. **СПОСІБ РЕГІОНАРНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лищевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя, та профілактики утворення патологічних рубцевозмінених тканин», 0114U001910, 2014-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 118490. МПК А61К 6/00 (2017.01). Спосіб регіонарного знеболення при злоякісних пухлинах нижньої щелепи / Соколова Н.А., Аветіков Д.С., Буханченко О.П., Волошина Л.І., Гаврильєв В.М.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201702108; заявл. 06.03.2017; опубл. 10.08.2017. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Створення способу регіонарного знеболення при злоякісних пухлинах нижньої щелепи, який включає знеболення ділянки нижньої щелепи введенням анестезуючих препаратів IV, V поколінь оптимальним периферійним шляхом за методикою М.М. Вейсбрема. Техніка виконання: при широко відкритому роті хворого знаходять борозенку, яка є межею між слизовою оболонкою щоки та латеральною поверхнею крилоподібно-нижньощелепної складки. Якщо боріздка слабо виражена, то після змазування розчином Люголя, вона стає досить помітною у вигляді тонкої лінії. На цій лінії, відступивши донизу на 0,5 см від рівня жувальної поверхні верхнього третього моляра, роблять укол з таким розрахунком, щоб голка просувалася майже перпендикулярно слизовій оболонці в місці уколу голки. Для цієї мети шприц кладуть в протилежний кут рота над нижніми молярами. Шприц та голка повинні знаходитись в горизонтальній площині, паралельно до дна порожнини рота. Голку просувають до контакту з кісткою (на 0,25-1,5 або 2,0 см), де і випускають 1,5 мл анестезуючого розчину. При виведенні голки блокують язиковий нерв. Анестезія настає через 5 хвилин. В якості анестетика доцільно застосовувати препарати IV та V поколінь, дія яких набагато сильніша за дію попередніх анестетиків та продовжується до 8 годин.
8. Спосіб регіонарного знеболення методом торусальної анестезії при злоякісних новоутвореннях нижньої щелепи дає можливість проводити малі оперативні втручання на будь-якій ділянці нижньої щелепи як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, а також, проводити знеболення в проміжках між прийомами ненаркотичних та наркотичних анальгетиків при хронічному больовому синдромі, для зменшення дози прийому наркотичних препаратів та в інших клінічних ситуаціях. Широка доступність проведення цього метода та простота його виконання (всі лікарі-стоматологи достатньо добре володіють методикою проведення цього виду знеболення) може полегшити роботу медичного персоналу при усуненні хронічного больового синдрому у онкологічних хворих.
9. Шприц 5,0 мл, голка 5,0 см, анестезуючі препарати IV, V поколінь.
10. Проведення малих оперативних втручань на будь-якій ділянці нижньої щелепи як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах; проведення знеболення в проміжках між прийомами ненаркотичних та наркотичних анальгетиків при хронічному больовому синдромі, для зменшення дози прийому наркотичних препаратів та в інших клінічних ситуаціях.
11. Індивідуальна чутливість до анестезуючого препарату.
12. Можливі помилки – не правильно виконана торусальна анестезія. Можливі ускладнення – при індивідуальній чутливості до анестезуючого препарату можливе виникнення набряку Квінке, анафілактичного шоку. При виникненні ускладнень необхідно провести протишокові заходи. Для запобігання ускладнень необхідне проведення алергологічних проб на чутливість до анестетика.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Соколова Н.А. (0532607726), (0509374298), Аветіков Д.С., Буханченко О.П., Волошина Л.І., Гаврильєв В.М.

## Реєстр. № 368/5/18

1. **СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩІЛЬНОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА (ЕМАЛІ, ДЕНТИНУ, ЦЕМЕНТУ) ПРИ КЛИНОПОДІБНИХ ДЕФЕКТАХ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обгрутування патогенетичних механізмів виникнення клиноподібних уражень зубів та їх комплексне лікування з застосуванням сучасних композиційних матеріалів», 011U001112, 2013-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122228. МПК G01N 9/24 (2006.01). Спосіб дослідження щільності твердих тканин зуба / Браїлко Н.М., Ткаченко І.М.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201707564; заявл.17.07.20167; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. В основі лежить спосіб дослідження щільності твердих тканин зубів при клиноподібних дефектах шляхом удосконалення визначення морфологічної структури емалі, дентину і цементу та їхніх просторових властивостей за фізіологічних та патологічних умов з метою удосконалення методів профілактики та лікування даної патології.
8. Позитивний ефект полягає в тому, що запропонований спосіб дослідження дозволяє визначити кількість емалевих призм і дентинних трубочок на одиницю площі, що характеризує щільність твердих тканин, від якої залежить проникність, твердість, стійкість тканин на злам, вигин, скол та модуль пружності; дозволяє визначити мікроструктуру твердих тканин зубів.
9. Растровий електронний мікроскоп (SEM) «Mira 3 LMU» («Tescan», Чехія) з максимальною роздільною здатністю 1 нм і максимальним збільшенням 1000000, спеціальна лінійка для підрахування кількості емалевих призм та дентинних трубочок, поздовжні шліфи зубів.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованого способу є дослідження стану твердих тканин зуба при клиноподібних дефектах.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Браїлко Н.М., Ткаченко І.М., Назаренко З.Ю. (0955305677), Марченко І.Я., Ляшенко Л.І.

## Реєстр. № 369/5/18

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ КОРОНОК.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканин пародонту та скронево-нижньощелепного суглобу у дорослих», 0117U000302, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 112089. МПК (2006.01) A61C 3/16. Пристрій для зняття зубних коронок / Король Д.М., Виженко Є.Є., Оджубейська О.Д., Ярковий В.В.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201602204; заявл. 09.03.2016; опубл. 12.12.2016. Бюл. № 23.

6. Немає.
7. Пропонується пристрій для зняття коронок, що включає кришку, пружини, бойок, корпус, кнопку, фіксатор, утримувач, гайку, стержень та гачок з кінчиком плескатої форми, який відрізняється тим, що додатково в конструкцію пристрою включений гачок, кінчик якого циліндричної форми ( $d - 2$  мм) з можливістю заміни відомого гачка.
8. Запропонований пристрій забезпечує виключення травматизації слизової оболонки в пришийковій ділянці протезу, періімплантатних тканин, при необхідності, зняття ортопедичної конструкції з опорою на імплантат, у випадках, коли край коронки розміщений значно нижче рівня ясен на 1,5-3 мм та при протезуванні суцільнолитими, металоакриловими або металокерамічними протезами на природних зубах, препарування яких виконано з уступом та розширює функціональні можливості пристрою.
9. Немає.
10. Для зняття зубних коронок.
11. Не виявлено.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Король Д.М. (0507343050), Кіндій Д.Д., Оджубейська О.Д., Ярковий В.В., Циганок О.В.

#### Реєстр. № 370/5/18

1. **МІОТОНОМЕТР.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканин пародонту та скронево-нижньощелепного суглобу у дорослих», 0117U000302, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 111551. МПК (2006.01) А61С 19/04. Міотонometr / Король Д.М., Тончева К.Д., Ніколов В.В., Оніпко Є.Л., Єфименко А.С.; заявник і патентовласник Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201605834; заявл. 30.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонована корисна модель належить до галузі медицини, а саме до стоматології, та призначена для визначення тонузу жувальних м'язів при різних станах. Відомий міотонometr, що містить шток, з'єднаний з опорною площиною, який дозволяє передавати переміщення опорної площини та щупа відносно один одного. Щуп з гумовою насадкою занурюється в товщу м'яза під впливом пружини, розміщеної в корпусі. Сила стиснення пружини визначається шкалою, яка нанесена на корпусі щупа в верхній частині. Під час стискання пружини виходить щуп і занурюється в м'яз, а опорна площина залишається на поверхні шкіри. Ця різниця рівнів передається штоком, що вільно переміщується в прорізі до втулки із закріпленням на ній вимірювальним приладом (годинниковим індикатором). Пружина служить для повернення опорної площини до вихідного рівня. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення міотонометра шляхом введення в його конструкцію додаткових елементів, зміни розташування існуючих та принципу дії пристрою, що забезпечить поліпшення зручності при його використанні для визначення показників стану м'язів в динаміці та перехід з розряду механічних

- датчиків у розряд ультрасучасних портативних пристроїв, здатних з високою точністю збирати, накопичувати та аналізувати одержану інформацію. Поставлена задача вирішується створенням міотонометра, що містить корпус, шток, тактильний щуп, який згідно з корисною моделлю, виконаний портативним та має бездротове підключення до комп'ютера, додатково в конструкцію пристрою введений WIFI-передавач руху, при цьому тактильний щуп з'єднаний з WIFI-передавачем руху та має можливість переміщення всередині корпусу за допомогою Bluetooth – зв'язку.
8. Запропонований міотонометр, за рахунок введення в його конструкцію додаткових елементів та принципу дії, забезпечує поліпшення зручності при його використанні для визначення показників стану м'язів в динаміці та перехід з розряду механічних датчиків до розряду ультрасучасних портативних пристроїв, здатних з високою точністю збирати, накопичувати та аналізувати одержану інформацію, що відповідає поставленій задачі.
  9. Запропонований міотонометр, який складається з корпусу, штока, пружини, тактильного щупа та WIFI-передавача переміщення, програми FPD-8010E.
  10. Для діагностики функціональних порушень зубощелепної системи та визначення сили м'язів.
  11. Не виявлено.
  12. Можливі помилки: Порушення калібровки тактильного щупу. Шляхи запобігання: Перевірка калібровки тактильного щупу за винайденою шкалою.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
  14. Немає.
  15. Король Д.М. (0507343050), Кіндій Д.Д., Тончева К.Д., Зубченко С. Г., Яценко О.І.

#### Реєстр. № 371/5/18

1. **СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, ураження тканин пародонту та скронево-нижньощелепного суглобу у дорослих», 0117U000302, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 112421. МПК (12.12.2016) А61С 19/04, А61В 5/22. Спосіб дослідження функціонального стану жувальних м'язів / Король Д.М., Козак Р.В., Тончева К.Д., Ніколов В.В., Оніпко Є.Л., Єфименко А.С. – № u201607878; заявл. 15.07.2016; опубл. 12.12.2016. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб дослідження функціонального стану жувальних м'язів включає вимірювання та реєстрацію змін властивостей м'язів під дією тактильного діагностичного щупа, що вдавлюють у тканини, вимір сили опору його руху зі сторони тканин та визначення дійсної та удаваної складової їх комплексної жорсткості, з наступною реєстрацією та обчисленням отриманих показників. Визначення показників стану м'язів здійснюють за допомогою портативного бездротового міотонометра, підключеного до комп'ютера, у якому тактильний діагностичний щуп з'єднаний з WiFi-передавачем руху. Переміщення якого всередині корпусу здійснюється за допомогою Bluetooth-зв'язку та реєструється на шкалі реєстрації переміщення курсору у текстовому документі World у вигляді переміщення курсору миші на екрані комп'ютера.
8. Сучасний портативний пристрій, здатний із високою точністю збирати, накопичувати та аналізувати одержану інформацію, забезпечує поліпшення

- зручності при його використанні для визначення показників стану м'язів в динаміці, а також високу економічну рентабельність, абсолютну простоту і доступність для дослідників.
9. Тактильний діагностичний щуп з'єднаний з WiFi-передавачем руху, комп'ютер з пакетом Microsoft office, шкала реєстрації у текстовому документі World.
  10. Для визначення функціонального стану жувальних м'язів при виготовленні зубних протезів.
  11. Не виявлено.
  12. Можливі помилки: невідповідність амплітуди зміщення щупу до переміщення курсору на моніторі через недосконалість попереднього калібрування. Шляхи усунення: ретельне калібрування швидкості курсора.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
  14. Немає.
  15. Король Д.М. (0507343050), Король М.Д., Запорожченко І.В., Тончева К.Д., Кіндій Д.Д., Калашніков Д.В.

### Реєстр. № 372/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ДИФУЗНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів із основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0116U004191, 2016-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент на корисну модель України № 120108. МПК (2017.01) А61К 6/00, А61К 45/06. Спосіб лікування хронічного дифузного катарального гінгівіту у дітей / Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Труфанова В.П.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201703668; заявл. 14.04.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Суть полягає у створенні способу лікування хронічного дифузного катарального гінгівіту у дітей шляхом застосування антисептичного препарату, пробіотику та полівітамінного препарату. Безпосередньо після закінчення курсу лікування гінгівіту призначають дітям препарати: полівітамінний препарат в дозі 5 мл один раз на день протягом 1 місяця; 1 капсулу пробіотику 3 рази на день. Рекомендується утриматися від прийому їжі і напоїв 2 години. Курс складає 1 місяць.
8. Медичний та економічний. Підвищення ефективності лікування хронічного дифузного катарального гінгівіту у дітей 9-15 років і профілактики ускладнень, шляхом застосування пробіотику для корекції дисбіозу порожнини рота та відсутності побічних ефектів.
9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, торційні щітки, полірувальні гумові насадки, флоси, паста низької абразивності для професійної гігієни порожнини рота, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу.
10. Еруптивний гінгівіт.
11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на антисептичні препарати, складові компоненти пробіотику та полівітамінного препарату.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра дитячої стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

14. Немає.
15. Шешукова О.В., Поліщук Т.В. (0502165247), Труфанова В.П.

**Реєстр. № 373/5/18**

1. **СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ВІДБИТКОВИЙ СИЛІКОНОВИЙ МАТЕРІАЛ СІЕЛАСТ К ЕКСТРА.**
2. НДР «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», 0116U004975, 2016-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118720. МПК А61С 9/00, С08L 83/04. Стоматологічний силіконовий матеріал Сіеласт К Екстра / Ющенко П.Л., Янішен І.В., Король Д.М., Федотова О.Л., Погоріла А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201701510; заявл. 17.02.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Результати лабораторних випробувань дозволять доцільно застосовувати розроблений матеріал при виборі та обґрунтуванні конструкції зубного протезу, а дослідження його фізико-механічних властивостей, мікробіологічного стану порожнини рота та особливостей реактивних змін мікроциркуляторного русла слизової оболонки альвеолярного відростка у зоні контакту з С-силіконовими відбитковими матеріалами дозволяють підвищити якість клінічних етапів виготовлення незнімних ортопедичних конструкцій та показники якості життя пацієнтів. The results of laboratory tests will make it reasonable to use the developed material when choosing and substantiating the design of the denture, and the study of its physical and mechanical properties, the microbiological state of the oral cavity and the peculiarities of the reactive changes of the microcirculatory channel of the mucous membrane of the alveolar process in the contact area with C-silicone imprints can improve the quality clinical stages of the manufacture of non-removable orthopedic constructions and indicators of quality of life of patients.
7. Стоматологічний відбитковий силіконовий матеріал Сіеласт К Екстра містить каучук синтетичний низькомолекулярний СКТН «Г», каучук силіконовий СКТ «група 1», діоксид кремнію, мікросфери скляні, олію вазелінову, олію м'яти перцевої, пігмент. Додатково містить 2-фтор-альфа-метил[1,1'-біфеніл]-4-оцтову кислоту. Матеріал використовують для виготовлення первинного відбитку за методом двоетапного виготовлення відбитків. В комбінації з «Сіеласт коректор» матеріал використовують при виготовленні незнімних та бюгельних протезів.
8. Медична – підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів знімними та незнімними конструкціями зубних протезів. Соціальна – підвищення показників якості життя пацієнтів та їх соціальна адаптація. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого при виготовленні металокерамічних зубних протезів за рахунок зниження собівартості протезу на 5 %.
9. Каучук синтетичний низькомолекулярний СКТН «Г», каучук силіконовий СКТ «група 1», діоксид кремнію, мікросфери скляні, олія вазелінова, олія м'яти перцевої, пігмент, 2-фтор-альфа-метил[1,1'-біфеніл]-4-оцтова кислота, шпатель стоматологічний, лікар-стоматолог-ортопед.
10. Виготовлення незнімних та бюгельних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. АТ «Стома». 61000, м. Харків, вул. Ньютона, 3.
15. Янішен І.В., Ющенко П.Л., Погоріла А.В., Федотова О.Л. (0981232989).

## Реєстр. № 374/5/18

1. **МАТЕРІАЛ ВІДБИТКОВИЙ СИЛІКОНОВИЙ СТОМАВІД КОРЕКТОР.**
2. НДР «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», 0116U004975, 2016-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118719. МПК А61С 9/00, С08L 83/04. Відбитковий стоматологічний матеріал Стомавід коректор / Ярина І.М., Янішен І.В., Білобров Р.В., Запара П.С., Мовчан О.В., Федотова О.Л., Бережна О.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201701509; заявл. 17.02.2017; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. У дослідженні з позицій системного підходу до забезпечення якості ортопедичних конструкцій удосконалено лікування металокерамічними конструкціями шляхом обґрунтування, розробки та клінічного застосування силіконового каучуку холодного затвердження Стомавід коректор. За результатами експериментального лабораторного дослідження нового відбиткового силіконового матеріалу Стомавід коректор виконана порівняльна оцінка відбиткових матеріалів та клініко-технологічних особливостей застосування. Подальше удосконалення технології виготовлення металокерамічних конструкцій зубних протезів шляхом застосування нового відбиткового матеріалу позитивно відзначено на якості лікування хворих незнімними конструкціями. In the study from the point of view of the systematic approach to the quality assurance of orthopedic constructions, treatment with metal-ceramic structures was improved by substantiating, developing and clinical application of silicone rubber of «Stomavid Corrector» cold approval. According to the results of the experimental laboratory research of the new reflective silicone material «Stomavid Corrector» a comparative estimation of reflective materials and clinical and technological peculiarities of application was performed. Further development of the technology for the manufacture of metal-ceramic structures of dentures through the use of new reflective material was positively marked on the quality of treatment of patients with non-removable structures.
7. Матеріал відбитковий Стомавід коректор являє собою низьков'язку композицію, типу 3, що складається із двох паст (основної та каталізаторної), після замішування яких утворюється еластичний відбиток. Цей матеріал є безушкодним, тому що розроблений на основі каучуків (А-силіконів), в результаті вулканізації яких не виділяються побічні продукти. Текучість пасти Стомавід коректор і висока еластичність вулканізату дозволяють отримати відбитки з високою точністю копіювання рельєфу твердих і м'яких тканин порожнини рота без відтяжок та викривлень. За одним відбитком можна виготовити кілька гіпсових моделей однакової точності.
8. Медична – обґрунтований вибір А-силіконового відбиткового матеріалу при виготовленні зубних протезів надає змогу підвищити якість ортопедичного лікування пацієнтів знімними та незнімними конструкціями зубних протезів. Соціальна – впроваджений алгоритм ортопедичного лікування пацієнтів дозволить удосконалити якість лікування незнімними ортопедичними конструкціями та буде сприяти підвищенню показників якості життя пацієнтів та їх соціальній адаптації. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 62,0 грн. на лікування 1 хворого при виготовленні металокерамічних зубних протезів за рахунок зниження собівартості протезу на 3 %.
9. А-силіконовий матеріал «Стомавід коректор», паста-каталізатор, відбиткова ложка, скло для замішування, шпатель стоматологічний, лікар-стоматолог-ортопед.



10. Виготовлення незнімних та бюгельних стоматологічних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. АТ «Стома». 61105, Харків, вул. Ньютона, 3.
15. Янішен І.В., Ярина І.М., Федотова О.Л. (0981232989).

#### Реєстр. № 375/5/18

1. **МАТЕРІАЛ ВІДБИТКОВИЙ СИЛІКОНОВИЙ СТОМАВІД БАЗА.**
2. НДР «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», 0116U004975, 2016-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118655. МПК C08L 83/04. Матеріал відбитковий силіконовий Стомавід База / Ярина І.М., Янішен І.В., Федотова О.Л., Сохань М.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201611211; заявл. 07.11.2016; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Обґрунтування, розробка, впровадження у промислове виробництво та клінічну практику вітчизняного силіконового відбиткового матеріалу Стомавід для отримання анатомічних відбитків при виготовленні металокерамічних зубних протезів дозволить забезпечити оптимальні параметри нового матеріалу, а дослідження його клініко-технологічних властивостей дозволять удосконалити якість лікування незнімними ортопедичними конструкціями та показання та протипоказання щодо вказаних ортопедичних конструкцій. The substantiation, development, introduction into industrial production and clinical practice of the domestic silicone repellent material Stomavid for the production of anatomical imprints in the manufacture of metal-ceramic dentures will allow to provide optimal parameters of the new material, and the study of its clinical and technological properties will improve the quality of treatment with non-removable orthopedic structures and, in general, indications and contraindications for these orthopedic structures.
7. Стомавід база, високов'язкий, використовується для виготовлення первинного відбитка за методом двоетапного виготовлення відбитків при виготовленні незнімних та бюгельних протезів. Матеріал являє собою наповнену силіконову композицію холодного твердіння конденсаційного типу. При змішуванні пасти Стомавід база і пасти-каталізатора утворюється еластичний вулканікат. Матеріал легко змішується, дуже легко формується та дає точні відбитки.
8. Медична – обґрунтований вибір А-силіконового відбиткового матеріалу при виготовленні зубних протезів надає змогу підвищити якість ортопедичного лікування пацієнтів знімними та незнімними конструкціями зубних протезів. Соціальна – впроваджений алгоритм ортопедичного лікування пацієнтів дозволить удосконалити якість лікування незнімними ортопедичними конструкціями та буде сприяти підвищенню показників якості життя пацієнтів та їх соціальній адаптації. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 62,0 грн. на лікування 1 хворого при виготовленні металокерамічних зубних протезів за рахунок зниження собівартості протезу на 3 %.
9. А-силіконовий матеріал Стомавід база, паста-каталізатор, відбиткова ложка, скло для замішування, шпатель стоматологічний, лікар-стоматолог-ортопед.
10. Виготовлення незнімних та бюгельних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

14. АТ «Стома». 61105, Харків, вул. Ньютона, 3.
15. Янішен І.В., Ярина І.М., Федотова О.Л. (0981232989), Сохань М.В.

## СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

### Реєстр. № 376/5/18

1. **СПОСІБ АЗИМУТАЛЬНО-ІНВАРІАНТНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЗА ПОЛЯРИЗАЦІЙНИМ КАРТОГРАФУВАННЯМ ПОЛІКРИСТАЛІЧНИХ ПЛІВОК ЛІКВОРУ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та лікування найбільш поширених форм злоякісних новоутворень», 0116U002930, 2016-2020 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 2-,D.
5. Патент України на корисну модель № 116070. МПК (2017.01) G01N 33/00, G01N 33/483 (2006.01). Спосіб азимутально-інваріантного визначення давності настання смерті за поляризаційним картографуванням полікристалічних плівок ліквору / Бачинський В.Т., Гараздюк М.С., Гараздюк І.В., Ванчуляк О.Я., Ушенко О.Г., Ушенко Ю.О., Ушенко В.О., Дуболазов О.В., Сідор М.І., Лакуста І.І.; заявник і патентовласник Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – № u201610844; заявл. 28.10.2016; опубл. 10.05.2017. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Відомі способи визначення настання часу смерті є приблизними і засновані на оцінці швидкості настання дегенеративно-дистрофічних змін м'яких тканин. Вони базуються на визначенні первинних постмортальних ознак, ранніх та пізніх трупних змін. До первинних постмортальних ознак відносять реакцію скелетної мускулатури та гладеньких м'язів райдужки на механічні, хімічні та електричні подразники тощо. Первинні постмортальні ознаки дозволяють встановлювати час настання смерті протягом першої доби після її настання. До ранніх трупних змін відносять висихання трупа, охолодження трупа, м'язове залякання трупа, трупні плями та трупний аутоліз. Такі трупні ознаки починають з'являтися вже через 1,5-2 години після настання біологічної смерті, отримують повний розвиток протягом перших 2-х діб після смерті та не супроводжуються значними структурними змінами тканин. Пізні трупні зміни починаються також після настання біологічної смерті, але у більш пізні терміни. Це гниття, муміфікація, сапоніфікація, дублення тощо. Для точного визначення часу настання смерті експерт повинен враховувати велику кількість факторів, які впливають на труп, аналізувати можливу причину смерті, проводити додаткові дослідження та звертатись за консультаціями до спеціалістів різного профілю. В залежності від давності смерті та умов, в яких знаходився труп, визначення часу настання смерті є наближеним з коливанням до 2-3-х годин протягом першої доби та 15-20-ти годин у наступні доби. Велике значення при цьому має кваліфікація експерта. На даний час не існує об'єктивного, точного та зручного способу визначення часу настання смерті. Наш спосіб, що заявляється, дозволяє уникнути вказаних недоліків, значно об'єктивізувати визначення часу настання смерті та отримати точні дані, які не залежать від суб'єктивної оцінки судово-медичного експерта. Технічний результат забезпечує нова сукупність дій, яка складає запропонований спосіб, що призводить до розширення функціональних можливостей визначення давності настання смерті шляхом часового моніторингу зміни статистичної структури зображень при одночасному високоточному вимірювання параметрів поляризації зображень біооб'єкта. При цьому вперше використано право-циркулярно поляризоване випромінювання з довжиною хвилі

- 0,6328 мкм, пряме і зворотнє фур'є перетворення для виділення дрібно- та великомасштабних мікроскопічних зображень полікристалічної плівки ліквору та проведення часового статистичного моніторингу змін розподілів значень азимута поляризації.
8. Підвищення точності давності настання смерті, скорочення необхідного об'єму методик, що використовуються для визначення давності її настання, скорочення часу проведення судово-медичної експертизи померлих. Медична ефективність: підвищення точності визначення давності настання смерті на часовому проміжку 14 год. після настання смерті із точністю  $\pm 15$  хв. при одночасному збереженні точності встановлення до  $\pm 40$  хв. при давності настання смерті на довготривалому проміжку (30 год.), скорочення об'єму досліджень при проведенні судово-медичної експертизи померлих, скорочення часу проведення експертизи. Соціальна ефективність: зменшення об'єму необхідних досліджень та зменшення імовірності похибок при встановленні давності настання смерті, і, як наслідок, зменшення кола можливих обвинувачених та причетних до факту настання смерті, встановлення можливих причин настання смерті, визначення її кримінального характеру. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на проведення судово-медичної експертизи шляхом скорочення об'єму досліджень, спрямованих на визначення давності настання смерті та зменшення часу проведення судово-медичної експертизи померлих.
  9. Лазерний стокс-поляриметр.
  10. Визначення давності настання смерті трупа на проміжку 1-30 годин.
  11. Імовірна давність настання смерті більше 30 годин, гнилісні зміни трупа.
  12. З метою зменшення впливу зовнішніх чинників на стабільність плівок спинно-мозкової рідини рекомендується забір спинно-мозкової рідини, формування плівок та проведення їх лазерної поляриметрії плівок упродовж 2 годин після початку судово-медичної експертизи.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м.Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-37-54.
  14. Немає.
  15. Бачинський В.Т., Гараздюк М.С., Гараздюк І.В., Ванчуляк О.Я.

#### Реєстр. № 377/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУР'Є АНАЛІЗУ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ МАП АЗИМУТА ОПТИЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК ПОЛІКРИСТАЛІЧНИХ ПЛІВОК ЛІКВОРУ ТРУПА ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та лікування найбільш поширених форм злоякісних новоутворень», 0116U002930, 2016-2020 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 2-,D.
5. Патент України на корисну модель № 116076. МПК (2017.01) G01N 33/00, G01N 33/483 (2006.01), A01D 5/00. Спосіб визначення давності настання смерті за допомогою фур'є аналізу поляризаційних мап азимута оптично активних сполук полікристалічних плівок ліквору трупа людини / Бачинський В.Т., Гараздюк М.С., Гараздюк О.І., Ушенко О.Г., Ушенко Ю.О., Ушенко В.О., Дуболазов О.В., Житарюк В.Г., Новаковська О.Ю.; заявник і патентовласник Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – № u201610853; заявл. 28.10.2016; опубл. 10.05.2017. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Відомі способи визначення настання часу смерті є приблизними і засновані на

оцінці швидкості настання дегенеративно-дистрофічних змін м'яких тканин. Вони базуються на визначенні первинних постмортальних ознак, ранніх та пізніх трупних змін. До первинних постмортальних ознак відносять реакцію скелетної мускулатури та гладеньких м'язів райдужки на механічні, хімічні та електричні подразники тощо. Первинні постмортальні ознаки дозволяють встановлювати час настання смерті протягом першої доби після її настання. До ранніх трупних змін відносять висихання трупа, охолодження трупа, м'язове залякання трупа, трупні плями та трупний аутоліз. Такі трупні ознаки починають з'являтися вже через 1,5 - 2 години після настання біологічної смерті, отримують повний розвиток протягом перших 2-х діб після смерті та не супроводжуються значними структурними змінами тканин. Пізні трупні зміни починаються також після настання біологічної смерті, але у більш пізні терміни. Це гниття, муміфікація, сапоніфікація, дублення тощо. Для точного визначення часу настання смерті експерт повинен враховувати велику кількість факторів, які впливають на труп, аналізувати можливу причину смерті, проводити додаткові дослідження та звертатись за консультаціями до спеціалістів різного профілю. В залежності від давності смерті та умов, в яких знаходився труп, визначення часу настання смерті є наближеним з коливанням до 2-3-х годин протягом першої доби та 15-20-ти годин у наступні доби. Велике значення при цьому має кваліфікація експерта. На даний час не існує об'єктивного, точного та зручного способу визначення часу настання смерті. Наш спосіб, що заявляється, дозволяє уникнути вказаних недоліків, значно об'єктивізувати визначення часу настання смерті та отримати точні дані, які не залежать від суб'єктивної оцінки судово-медичного експерта. В основу нововведення поставлене завдання удосконалити спосіб визначення давності настання смерті шляхом оцінки дегенеративних змін за визначенням часових змін поляризаційної структури лазерних зображень полікристалічних плівок ліквору для забезпечення розширення функціональних можливостей діагностики анізотропії біологічних рідин органів трупа людини, а також у підвищенні точності визначення давності настання смерті на основі азимутально-незалежного вимірювання поляризаційних параметрів – еліптичності поляризації у точках мікроскопічного зображення. Поставлене завдання вирішується тим, що у способі азимутально-інваріантного визначення давності настання смерті за поляризаційним картографуванням полікристалічних плівок ліквору трупа людини шляхом оцінки дегенеративних змін, згідно до корисної моделі, для оцінки таких змін проводять опромінювання полікристалічної плівки ліквору право-циркулярно поляризованим випромінюванням з довжиною хвилі 0,6328 мкм, за допомогою прямого і зворотного фур'є перетворення виділяють дрібно- та великомасштабні мікроскопічні зображення полікристалічної плівки ліквору, які проєктують за допомогою мікрооб'єктиву крізь право- та ліво циркулярно поляризований фазовий аналізатор, вимірюють відповідні рівні інтенсивності, за якими визначають розподіли величини еліптичності поляризації дрібно- та великомасштабного зображень полікристалічної плівки ліквору, обчислюють статистичні моменти 3-го і 4-го порядків, які характеризують такі розподіли, виявляють часову динаміку зміни статистичних параметрів, згідно якої судять про давність настання смерті.

8. Підвищення точності давності настання смерті, скорочення необхідного об'єму методик, що використовуються для визначення давності її настання, скорочення часу проведення судово-медичної експертизи померлих. Медична ефективність: підвищення точності визначення давності настання смерті на часовому проміжку 20 год після настання смерті із точністю  $\pm 22,5$  хв. при одночасному збереженні точності встановлення до  $\pm 45$  хв. при давності настання смерті на довготривалому проміжку (40 год.), скорочення об'єму досліджень при проведенні судово-медичної експертизи померлих, скорочення часу проведення експертизи. Соціальна

ефективність: зменшення об'єму необхідних досліджень та зменшення імовірності похибок при встановленні давності настання смерті, і, як наслідок, зменшення кола можливих обвинувачених та причетних до факту настання смерті, встановлення можливих причин настання смерті, визначення її кримінального характеру. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на проведення судово-медичної експертизи шляхом скорочення об'єму досліджень, спрямованих на визначення давності настання смерті та зменшення часу проведення судово-медичної експертизи померлих.

9. Лазерний стокс-поляриметр.
10. Визначення давності настання смерті трупа на проміжку 1-40 годин.
11. Імовірна давність настання смерті більше 40 годин, гнилісні зміни трупа.
12. З метою зменшення впливу зовнішніх чинників на стабільність плівок спинно-мозкової рідини рекомендується забір спинно-мозкової рідини, формування плівок та проведення їх лазерної поляриметрії плівок упродовж 2 годин після початку судово-медичної експертизи.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м.Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича. 58012, м. Чернівці, вул. Коцюбинського, 2, тел. (0372) 58-48-10.
15. Бачинський В.Т., Гараздюк М.С., Гараздюк О.І., Ушенко О.Г.

#### Реєстр. № 378/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЗА ДОПОМОГОЮ АНАЛІЗУ ФУР'Є МАП КОМПЛЕКСНОГО СТУПЕНЯ ВЗАЄМНОЇ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ПОЛІКРИСТАЛІЧНОЇ ПЛІВКИ ЛІКВОРУ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та лікування найбільш поширених форм злоякісних новоутворень», 0116U002930, 2016-2020 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 2-,D.
5. Патент України на корисну модель № 116072. МПК (2017.01) G01N 33/00, G01N 33/483 (2006.01), A01D 5/00. Спосіб визначення давності настання смерті за допомогою аналізу фур'є мап комплексного ступеня взаємної поляризації полікристалічної плівки ліквору / Бачинський В.Т., Гараздюк М.С., Ванчуляк О.Я., Ушенко О.Г., Ушенко Ю.О., Ушенко В.О., Дуболазов О.В., Кушнерик Л.Я.; заявник і патентовласник Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – № u201610849; заявл. 28.10.2016; опубл. 10.05.2017. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Відомі способи визначення настання часу смерті є приблизними і засновані на оцінці швидкості настання дегенеративно-дистрофічних змін м'яких тканин. Вони базуються на визначенні первинних постмортальних ознак, ранніх та пізніх трупних змін. До первинних постмортальних ознак відносять реакцію скелетної мускулатури та гладеньких м'язів райдужки на механічні, хімічні та електричні подразники тощо. Первинні постмортальні ознаки дозволяють встановлювати час настання смерті протягом першої доби після її настання. До ранніх трупних змін відносять висихання трупа, охолодження трупа, м'язове залякання трупа, трупні плями та трупний аутоліз. Такі трупні ознаки починають з'являтися вже через 1,5 - 2 години після настання біологічної смерті, отримують повний розвиток протягом перших 2-х діб після смерті та не супроводжуються значними структурними змінами тканин. Пізні трупні зміни починаються також після настання біологічної смерті, але у більш пізні терміни. Це гниття, муміфікація, сапоніфікація, дублення тощо. Для точного визначення часу настання смерті експерт повинен враховувати велику

кількість факторів, які впливають на труп, аналізувати можливу причину смерті, проводити додаткові дослідження та звертатись за консультаціями до спеціалістів різного профілю. В залежності від давності смерті та умов, в яких знаходився труп, визначення часу настання смерті є наближеним з коливанням до 2-3-х годин протягом першої доби та 15-20-ти годин у наступні доби. Велике значення при цьому має кваліфікація експерта. На даний час не існує об'єктивного, точного та зручного способу визначення часу настання смерті. Поставлене завдання вирішується тим, що у способі визначення давності настання смерті шляхом визначення дегенеративних змін полікристалічної плівки ліквору, згідно до корисної моделі, для визначення дегенеративних змін полікристалічної плівки ліквору використовують когерентне право циркулярно поляризоване випромінювання з довжиною хвилі 0,6328 мкм, за допомогою прямого і зворотного фур'є перетворення виділяють дрібно- та великомасштабні мікроскопічні зображення полікристалічної плівки ліквору в площині цифрової світлочутливої камери, вимірюють у кожній точці таких зображень значення азимутів і еліптичності поляризації, визначають координатні розподіли ступеня взаємної поляризації дрібно- та великомасштабної складових зображення полікристалічної плівки ліквору, обчислюють статистичні моменти 3-го – 4-го порядків, за часовою динамікою зміни яких судять про давність настання смерті. Наш спосіб, що заявляється, дозволяє уникнути вказаних недоліків, значно об'єктивізувати визначення часу настання смерті та отримати точні дані, які не залежать від суб'єктивної оцінки судово-медичного експерта.

8. Підвищення точності давності настання смерті, скорочення необхідного об'єму методик, що використовуються для визначення давності її настання, скорочення часу проведення судово-медичної експертизи померлих. Медична ефективність: підвищення точності визначення давності настання смерті на часовому проміжку 30 год. після настання смерті із точністю  $\pm 22,5$  хв. скорочення об'єму досліджень при проведенні судово-медичної експертизи померлих, скорочення часу проведення експертизи. Соціальна ефективність: зменшення об'єму необхідних досліджень та зменшення імовірності помилок при встановленні давності настання смерті, і, як наслідок, зменшення кола можливих обвинувачених та причетних до факту настання смерті, встановлення можливих причин настання смерті, визначення її кримінального характеру. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на проведення судово-медичної експертизи шляхом скорочення об'єму досліджень, спрямованих на визначення давності настання смерті та зменшення часу проведення судово-медичної експертизи померлих.
9. Лазерний стокс-поляриметр.
10. Визначення давності настання смерті трупа на проміжку 1-30 годин.
11. Імовірна давність настання смерті більше 30 годин, гнилісні зміни трупа.
12. З метою зменшення впливу зовнішніх чинників на стабільність плівок спинно-мозкової рідини рекомендується забір спинно-мозкової рідини, формування плівок та проведення їх лазерної поляриметрії плівок упродовж 2 годин після початку судово-медичної експертизи.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м.Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича. 58012, м. Чернівці, вул. Коцюбинського, 2, тел. (0372) 58-48-10.
15. Бачинський В.Т., Гараздук М.С., Ванчуляк О.Я., Ушенко О.Г.

**Реєстр. № 379/5/18**

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДИСТАНЦІЇ ПОСТРІЛУ ІЗ КОРОТКОСТВОЛЬНИХ ЗАСОБІВ УДАРНО-ТРАВМАТИЧНОЇ ДІЇ ШЛЯХОМ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТКАНИНИ ТРУПА.**
2. НДР «Вогнепальна травма: морфологічні, медико-криміналістичні особливості ушкоджень та критерії їх утворення», 0115U002357, 2015-2019 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 126249. МПК А61В 5/00, G01N 27/02 (2006.01). Спосіб визначення дистанції пострілу із короткоствольних засобів ударно-травматичної дії шляхом дослідження біофізичних властивостей тканини трупа / Мішалов В.Д., Михайленко О.В., Чихман Я.В., Гринчишина О.В.; заявник і патентовласник . – № u201800203; заявл. 05.01.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Корисна модель відноситься до медицини, насамперед до діагностики, наприклад до визначення, вимірювань чи реєстрації, досліджень чи аналізу матеріалів шляхом визначення їх фізичних властивостей та може бути використаною в судовій медицині.
8. Підвищення точності визначення відстані пострілу еластичними кулями на 20% та зниження тривалості дослідження у 1,5 рази шляхом реєстрації падіння рівня напруги на пробі тканини. Спосіб включає біофізичні дослідження біологічної тканини з використанням засобів фізичного впливу, реєстрацію змін пружних властивостей тканин та встановлення дистанції пострілу шляхом верифікації отриманих показників з його еталоновими ідентифікаторами, у відповідності з корисною моделлю, трансформують модуль пружності шкіри в електричний струм, реєструють рівень падіння напруги, при цьому, якщо виявлений показник відповідає 60-40 ом, дистанція пострілу – з невеликої відстані, якщо виявлений показник відповідає 39-20 ом, дистанція пострілу – 1-5 метрів, якщо виявлений показник відповідає 19-10 ом, дистанція пострілу – до 1 метра, якщо виявлений показник відповідає 9-3 ом, дистанція пострілу – у притул.
9. Судово-медичний експерт бюро судово-медичної експертизи України. Пристрій для визначення біофізичних властивостей біологічних тканин (Деклараційний патент на винахід України № 40485 А. Бюл. № 6. – 2001).
10. Підвищення точності визначення відстані пострілу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи.
15. Мішалов В.Д. (0442054913), Петрошак О.Ю. (0442054913), Гринчишина О.В., Чихман Я.В., Михайленко О.В. (0444327851).

#### Реєстр. № 380/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЗАЖИТТЄВОСТІ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ВНАСЛІДОК ПОВІШЕННЯ ЗА ВИЗНАЧЕННЯМ ПЛОЩІ ДЕЛПІДИЗАЦІЇ ТА ЛПІДИЗАЦІЇ В КОРІ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ З ВРАХУВАННЯМ СТУПЕНЯ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ.**
2. НДР «Судово-медичне визначення зажиттєвості повішення за кількісною оцінкою стероїдогенезу глюкокортикоїдів у надниркових залозах», 0416U004079, 2014-2018 рр.
3. Судова медицина.
4. 2++,В.

5. Патент України на корисну модель № 117242. МПК G03F 7/04 (2006.01). Спосіб зберігання хроматографічної пластинки / Ергард Н.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201612614; заявл. 12.12.2016; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики зажиттєвості механічної асфіксії внаслідок підвищення за визначенням площі деліпідизації та ліпідизації в корі надниркових залоз з врахуванням ступеня алкогольного сп'яніння включає визначення площі деліпідизації та ліпідизації в корі надниркових залоз при підвищенні за допомогою розробленої комп'ютерної програми, яка автоматично визначає їх площу після попередньої цифрової обробки сфотографованого гістологічного зрізу.
8. Запропонований спосіб дає можливість встановити дистанційне автоматичне обчислення показників стероїдогенезу за допомогою комп'ютерної програми, яка автоматично визначає площу деліпідизації та ліпідизації в корі надниркових залоз, що дозволяє поліпшити якість діагностики зажиттєвості підвищення з метою уніфікації результатів дослідження та уникнення діагностичних помилок.
9. Гістологічна лабораторія.
10. Усі загиблі особи, смерть яких настала внаслідок механічної асфіксії через підвищення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра судової медицини та медичного права. м. Київ, вул. Мечникова, 5, тел. (044) 234-05-05.
14. Немає.
15. Михайличенко Б.В., Бабкіна О.П., Біляков А.М., Бондар С.С., Ергард Н.М., Федорова О.П., Волобуєв О.Є., Варуха К.В., Артеменко О.І. (0442340505).

## ТЕРАПІЯ

### Реєстр. № 381/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, КОМОРБІДНИЙ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів: чинники ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, фармакотерапія», 0114U002475.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 122242. МПК А61К 31/00, А61К 33/00, А61Р 1/18 (2006.01), А61Р 3/00. Спосіб лікування хворих на хронічний панкреатит за коморбідного перебігу з остеоартрозом та ожирінням / Хухліна О.С., Смандич В.С., Антонів А.А., Дудка І.В., Мандрик О.Є.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201707677; заявл. 20.07.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Не подавалася.
7. У способі лікування хворих на хронічний панкреатит, коморбідний з остеоартрозом та ожирінням додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування даних патологій призначають препарат L-карнітин «Стеатель» по 1,0 (10 мл) 2 рази на день та препарат L-глутатіон «Гепавал» по 250 мг 2 рази упродовж упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Застосування комплексного етіопатогенетичне лікування із включенням до комплексної терапії антиоксиданта



- (L-глутатіону) та стабілізатора метаболізму (L-карнітину) призвело до врівноваження процесів синтезу та розпаду колагену та глікопротеїнів, яке супроводжувалось зростанням колагенолізу із досягненням балансу в системі метаболізму. Відновлення процесів анаболізму протеїнів та фукоглікопротеїнів, а також системне гальмування необмеженого протеолізу лежить в основі досягнення стабільної ремісії запалення підшлункової залози, коморбідних захворювань (остеоартроз), зниження ризику їх прогресування, істотного зниження індексу маси тіла.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування хворих на хронічний панкреатит із супутнім порушенням ліпідного обміну (Патент № 72204, МПК А61К 31/00), в якому додатково до базисної терапії призначають розувастатин з L-аргініном. Розувастатин за даними авторів дозволив знизити частоту диспепсичного синдрому з 94,6 до 18,9 %, больового синдрому з 83,7 до 16,2 %, а підсилення даної схеми L-аргініном мало більш виражений лікувальний ефект (зниження частоти диспепсичного синдрому – з 95,8 до 16,6 %, больового синдрому з 87,5 до 12,5 %). Недоліками даного способу є те, що при використанні вказаного способу відмічається досягнення стійкої ремісії хронічного панкреатиту та при цьому стабілізація ліпідного обміну досягається лише в половини хворих на хронічний панкреатит, тоді як в іншій частини хворих на хронічний панкреатит має місце нестійка ремісія хронічного панкреатиту, що може сприяти подальшому дифузному фіброзуванню підшлункової залози.
  9. L-карнітин «Стеатель» коректор метаболізму (вуглеводного, ліпідного, білкового), енергетичного забезпечення, оксидантно-антиоксидантного статусу, L-глутатіон «Гепавал» гепатопротектор антиоксидантної, дезінтоксикаційної дії.
  10. Хронічний панкреатит, остеоартроз, ожиріння.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
  12. Немає.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Немає.
  15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Смандич В.С. (0954886004), Дудка І.В. (0509200719), Мандрик О.Є. (0990303635).

#### Реєстр. № 382/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ I-II ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 0117U0023513, 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 131173. МПК А61К 31/00, А61К 33/00, А61Р 1/16 (2006.01). Спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу із стабільною стенокардією напруги I-II функціонального класу / Хухліна О.С., Антонів А.А., Кузьмінська О.Б., Шумко Г.І., Трефаненко І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201806793; заявл. 15.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Не подавалася.
7. У способі лікування неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу із

стабільною стенокардією напруги I-II функціональний класу додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту призначають гепатопротекторний препарат левокарнітин «Стеатель» в дозі по 10 мл 2 рази/день, препарат «Капікору» по 2 капсули 2 рази/день та гіполіпідемічний засіб розувастатин по 10 мг 1 рази/день упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений лікування неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу із стабільною стенокардією напруги I-II функціональний класу сприяє гальмування фіброзування печінкової тканини та відновлення кількісних показників тромбоцитарної ланки гемостазу, покращення ліпідного спектру крові, а також забезпечення помірного гіпотензивного ефекту і нормалізації ритму серцевих скорочень.

8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування ішемічної хвороби серця на фоні неалкогольної жирової хвороби печінки (Патент № 54986, МПК: А61К 33/00), в якому призначають антиангінальну і антитромбоцитарну терапію та терапію з використанням статинів і урсодезоксихолевої кислоти (УДХК), як статини використовують симвостатин в кількості 10-20 мг на ніч, а УДХК призначають у дозі 10-12 мг на 1 кг маси тіла на добу у два прийоми протягом не менше 3-х місяців. Недоліками прототипу-способу є те, що зберігаються суттєві патологічні зрушення таких біохімічних показників, як загальний білірубін, аланінамінотрансфераза (АлАт), аспартатамінотрансфераза (АсАт) і таких імунологічних показників, як фактор некрозу пухлини альфа (ФНП) у переважного числа хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки, які вказують на наявність порушень функціонального стану печінки і можливість подальшого прогресування патологічного процесу в печінці у осіб з даною патологією, що в свою чергу може спричинити підвищення ризику ускладнення, а також не враховують поєднану коморбідну патологію НАСГ на тлі ішемічної хвороби серця (стабільної стенокардії напруги I-II функціональний клас).
9. Гепатопротекторний препарат левокарнітин «Стеатель», антиішемічний, церебро-, кардіопротекторний засіб «Капікор», гіполіпідемічний засіб розувастатин.
10. Неалкогольний стеатогепатит, стабільною стенокардією напруги I-II функціональний класу.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Кузьмінська О.Б.

#### Реєстр. № 383/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ЗА КОМОРБІДНОСТІ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК I-II СТАДІЇ.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 0117U0023513, 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 126070. МПК А61К 31/00, А61К 35/407 (2015.01), А61Р 1/16 (2006.01). Спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту / Хухліна О.С., Антонів А.А., Горбатюк І.Б., Шупер В.О., Каратеєва С.Ю.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201710747; заявл. 06.11.2017; опубл.

- 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Не подавалася.
  7. У способі лікування неалкогольного стеатогепатиту додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту призначають препарат «Агепта» (адеметіонін сублінгвально) в дозі по 400 мг по одній таблетці 2 рази на добу за 30-60 хвилин до прийому їжі, утримуючи під язиком не менше 15-20 хвилин до повного розчинення упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб лікування хворих на неалкогольний стеатогепатит сприяє швидкого усунення гепатомегалії, зниження ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмування фіброзування печінкової тканини, покращення печінкового кровообігу: зниження гемодинамічних показників, що вказують на тиск у системі ворітної вени і, таким чином, усуває загрозу ускладнення даної патології.
  8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту (Патент № 95037, МПК А61Р 37/02, А61К 35/14), який включає застосування гепатопротекторного препарату, який відрізняється тим, що як гепатопротектор використовують гепадиф у дозі 2 капсули 3 рази на добу (457,2 мг карнітину), додатково застосовують препарат актовегін розчин для інфузій 10 % (1000 мг) 250 мл в ізотонічному розчині протягом 10 діб, з наступним переходом на прийом препарату внутрішньо у дозі 1 таблетка 3 рази на добу (600 мг), та призначають фолієву кислоту у дозі 1 таблетка 2 рази на добу (10 мг), курс терапії становить 1 місяць. Недоліками даного способу є те, що при призначенні гепадифу може спостерігатися певна кількість побічних реакцій у вигляді клінічних симптомів з боку різних органів, а саме з боку нервової системи: головний біль; з боку шкіри та підшкірної клітковини: шкірні висипання, свербіж, кропив'янка, ангіоневротичний набряк; з боку травного тракту: диспепсія, біль та дискомфорт у животі, нудота, блювання, діарея, запор. Іноді при застосуванні в осіб з індивідуальною підвищеною чутливістю до будь-якого компонента препарату можуть спостерігатися реакції гіперчутливості.
  9. Гепатопротекторний засіб «Агепта» (адеметіонін).
  10. Неалкогольний стеатогепатит.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
  12. Немає.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Немає.
  15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862).

#### Реєстр. № 384/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ ІЗ ГІПЕРОКСАЛУРІЄЮ ТА КОМОРБІДНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України корисну модель № 120220. МПК А61К 31/00, А61Р 13/00, А61Р 13/12 (2006.01). Спосіб лікування хворих на хронічний післонефрит із гіпероксалурією та коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень / Хухліна О.С., Вілігорська К.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – №

u201704243; заявл. 28.04.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.

6. Немає.
7. У способі лікування хворих на хронічний пієлонефрит із гіпероксалурією та коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування призначають магній лактат дигідрат в дозі 470 мг, що еквівалентно магнію 48 мг, та піридоксин гідрохлорид в дозі 5 мг перорально 3 рази на добу упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб лікування хворих на хронічний пієлонефрит із гіпероксалурією та коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень сприяє зменшити інтенсивність прогресування хронічного пієлонефриту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань (ХП – зменшення виділення лейкоцитів із сечею, ХОЗЛ – зникнення епізодів задишки в спокої, зменшення задишки при фізичному навантаженні, підвищення значення показника ОФВ1, вмісту в крові гемоглобіну), зменшення об'єму конкремента (з 7 мм до 5 мм), гальмування утворення нових конкрементів (зменшення кількості піску в нирках), припинення відходження оксалатів із сечею.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування хворих на хронічний пієлонефрит з гіпероксалурією (Пат. № 81856, МПК А61Р 13/12), в якому проводять комплексне етіопатогенетичне лікування, що включає антибіотикотерапію та стимуляцію імунної системи, зокрема за допомогою нуклеїнату натрію. Недоліками прототипу – способу є те, що не враховується той факт, що хронічний пієлонефрит із гіпероксалурією внаслідок сечокам'яної хвороби оксалатного генезу стає причиною порушення функціонального стану нирок, дисметаболічної нефропатії; для регулювання рівня екскреції оксалатів необхідна корекція цього стану на більш глибокому рівні із залученням мікроелементного обміну кальцію та магнію; окрім того, не враховано наявність коморбідних станів у пацієнтів із хронічним пієлонефритом та сечокам'яною хворобою.
9. Лікарський засіб «Магнікум» (магній лактат дигідрату 470 мг та піридоксину гідрохлориду 5 мг).
10. Хронічний пієлонефрит, гіпероксалурія, хронічне обструктивне захворювання легень.
11. Підвищена чутливість до компонентів препаратів.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Вілігорська К.В. (0507523023), Антонів А.А. (0992321862).

#### Реєстр. № 385/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ.**
2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів», 2019-2023 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 121499. МПК А61К 45/06 (2006.01), А61Р 9/00. Спосіб комплексного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на стабільну стенокардію напруги / Хухліна О.С, Дрозд В.Ю.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський

- державний медичний університет». – № u201705541; заявл. 06.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Не подавалася.
  7. У способі комплексного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на стабільну стенокардію напруги, при якому призначають модифікатор метаболізму та блокатор протонної помпи (рабепразол). Призначають модифікатор метаболізму мельдоній (вазонат) у дозі 500 мг 2 рази/д. протягом 30 днів, блокатор протонної помпи (рабепразол 40 мг 2 р./д.), антацид (гавіскон суспензія 2 ч. л. 3 рази/д.), бета-адреноблокатор (бісопролол 5-10 мг 1 раз/д.), статин (аторвастатин 20 мг 1-2 рази/д.) та антиагрегант (клопідогрель 75 мг 1 раз/д.). Запропонований спосіб дозволяє ефективно лікувати гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу у хворих на стабільну стенокардію напруги, усунути клінічну симптоматику, істотно зменшити частоту, тривалість та кількість епізодів кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, що сприяє повному загоєнню рефлюкс-езофагіту та досягненню ендоскопічної ремісії без додаткового призначення прокінетиків.
  8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (Спосіб комплексного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: пат. № 8119 Україна, № u200500588; заявл. 24.01.2005; опубл. 15.07.2005, бюл. № 7), в якому призначають блокатор протонної помпи (рабепразол у дозі 20 мг 2 р/д), прокінетик моторикум та модифікатор метаболізму тіотриазолін. Недоліком прототипу-способу є відсутність врахування супутньої патології, а саме поєданого перебігу серцево судинної недостатності та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, а також наявність ризику розвитку фатальних аритмій, які можуть бути спровоковані застосуванням прокінетика, що впливає на дофамінову ланку регуляції моторики шлунково кишкового тракту та ризик зростання рівня пролактину у крові. Ефекти гіперпролактинемії відомі: це гіперхолестеролемія, дисліпідемія, розвиток інсулінорезистентності, стимуляція проліферації ендотелію судин.
  9. Мельдоній (вазонат), блокатор протонної помпи (рабепразол), антацид (гавіскон суспензія), бета-адреноблокатор (бісопролол), статин (аторвастатин) та антиагрегант (клопідогрель).
  10. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стабільна стенокардія напруги.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
  12. Немає.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Хухліна О.С., Дрозд В.Ю. (0993366281), Антонів А.А. (0992321862).

#### Реєстр. № 386/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ.**
2. НДР «Гемодинамічні, метаболічні, генетичні особливості артеріальної гіпертензії у поєднанні з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу: ефективність комбінованої антигіпертензивної, метаболітотропної та вазоактивної терапії на стаціонарному і амбулаторному етапах лікування», 0113U004037, 2013-2017 рр.
3. Терапія.
4. 1+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122709. МПК А61К 31/00, А61Р 9/00. Спосіб

корекції метаболічних порушень у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу / Білецький С.В., Бойко В.В.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201707244; заявл. 10.07.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.

6. Не подавалася.
7. Патогенетичні механізми, які зумовлюють розвиток гіпертонічної хвороби (ГХ), ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2), багато в чому перекликаються і призводять до прогресування захворювань та розвитку ускладнень. Лікування та профілактика кардіоваскулярних ускладнень у цих пацієнтів залишаються складною і не вирішеною проблемою. Доведена важлива і самостійна роль ендотелію в розвитку серцево-судинних захворювань. Провідним механізмом, що лежить в основі ендотеліальної дисфункції (ЕД), є зниження утворення і біодоступності монооксиду нітрогену (NO). Важливе значення в розвитку ЕД надається оксидантному стресу, який різко знижує продукцію NO ендотеліоцитами. В медичній практиці для корекції метаболічних порушень у хворих на ГХ, ГХ в поєднанні з ІХС використовуються різні метаболічні препарати. Але до теперішнього часу при призначенні метаболітотропної терапії не врахована роль порушень ліпідного і оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у виникненні ЕД і зниженні продукції NO ендотеліоцитами. Суть нововведення полягає в тому, що комплекс засобів базисної терапії ГХ в поєднанні з ІХС та ЦД 2 доповнюється антиоксидантом Корвітин у вигляді 6 -денних курсів по 0,5 г довенно, краплинно, а в наступні 6 днів – донатором NO Тівортін по 100 мл розчину (4,2 г аргініну) довенно, краплинно, з подальшим переходом на амбулаторний прийом пероральної форми Тівортіну по 10 мл (2 мірні ложки) 2 рази на добу протягом двох тижнів. Курс метаболітотропної терапії повторюють через кожні 6 місяців. Доцільність послідовного застосування антиоксиданту Корвітин і донатора L-аргініну Тівортін впливає з патогенезу ендотеліальної дисфункції у хворих кардіологічного профілю: розвитку останньої передують порушення ліпідного обміну і оксидантний стрес. Окиснений холестерин ліпопротеїнів низької щільності підвищує експресію аргінази і знижує рівень ендотеліальної NO-синтази в ендотеліоцитах, приводячи до зменшення продукції NO.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективніше проводити корекцію метаболічних порушень у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС та ЦД 2, позитивно впливає на показники вуглеводного і ліпідного обміну, знижує пероксидне окиснення ліпідів, покращує антиоксидантний захист, сприяє збільшенню вмісту кінцевих метаболітів NO крові та ендотеліального судинного фактора росту VEGF-A. Медична ефективність: даний спосіб дає змогу проводити ціляспромовану патогенетично обґрунтовану корекцію метаболічних факторів кардіоваскулярного ризику у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС та ЦД 2, що може слугувати підґрунтям для заходів вторинної профілактики захворювання. Соціальна ефективність: покращення якості життя хворих на ГХ в поєднанні з ІХС та ЦД 2 за рахунок попередження прогресування захворювання та виникнення ускладнень. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування.
9. Лаборанти, кверцетин, тівортін.
10. Хворі на ГХ в поєднанні з ІХС та ЦД 2.
11. Непереносимість зазначених медикаментів.
12. Технічні помилки при проведенні лабораторного дослідження.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.

**Реєстр. № 387/5/18**

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 0117U0023513, 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України № 126123. МПК А61К 31/00. Спосіб корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на неалкогольний стеатогепатит та хронічну хворобу нирок / Хухліна О.С., Антонів А.А., Доманчук Т.І., Юрнюк С.В., Мандрик О.Є.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201712459; заявл. 15.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Не подавалася.
7. У способі корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на неалкогольний стеатогепатит та хронічну хворобу нирок шляхом призначення комбінації препаратів «Агепта» (S-аденозил-L-метіоніном) та «Вазонат» (мельдоній). Відмінними ознаками даного способу є те, що додатково у комплекс лікування включають сублінгвальну форму препарату «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін) по 400 мг 2 рази на день – у якості антиоксиданта, мембраностабілізатора та гепатопротекторного засобу, який гальмує прогресування фіброзу печінки та «Вазонат» (мельдоній), який регулює процеси β-окиснення вільних жирних кислот, здатний позитивно впливати на дисфункцію ендотелію і, відповідно, сприяти нормалізації судинного тонузу призначають по 250 мг по 1 капсулі 2 рази в день упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб корекції сприяє швидкому усуненню гепатомегалії, зниження ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмування фіброзування печінкової тканини, функціонального стану ендотелію, показників тромбоцитарної ланки гемостазу та стабільності мембран червонокривців.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб корекції ендотеліальної дисфункції при неалкогольному стеатогепатиті, поєднаному з хронічним обструктивним захворюванням легень залежно від поліморфізму гена (Патент № 94389, МПК G01N 33/48), що реалізується шляхом призначення L-аргініну (тівортіну). Тівортін призначають залежно від рівня нітритів/нітратів в крові та поліморфізму гена T894G ендотеліальної NO-синтази. При нормальній концентрації нітритів/нітратів або при їх незначному зростанні та за наявності генотипу 894GG 4,2 % розчин тівортіну призначають у дозі 100 мл один раз на добу внутрішньовенно впродовж 7 днів з переходом на пероральне застосування тівортіну аспартату у дозі 5 мл 3 рази на добу впродовж місяця. Недоліками аналогу є те, що при використанні вказаного способу є те, що не враховують поєднану коморбідну патологію та можливу побічну дію препарату тівортін, а саме загальні розлади: гіпертермія, відчуття жару, ломота у тілі; з боку кістково-м'язової системи: біль у суглобах; з боку травного тракту: сухість у роті, нудота, блювання; з боку шкіри та підшкірної клітковини: зміни в місці введення, включаючи гіперемію, відчуття свербіжу, блідість шкіри, аж до акроціанозу.
9. «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін), «Вазонат» (мельдоній).
10. Неалкогольний стеатогепатит, хронічна хвороба нирок.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.

13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Доманчук Т.І., Мандрик О.Є.

#### Реєстр. № 388/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ІЗ СУПРОВІДНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 0117U0023513, 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 126122. МПК А61К 35/39 (2015.01), G01N 33/74 (2006.01). Спосіб лікування інсулінорезистентності у хворих на цукровий діабет 2 типу із супровідним неалкогольним стеатогепатитом / Хухліна О.С., Антонів А.А., Доманчук Т.І., Юрнюк С.В., Дудка Т.В., заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201712458; заявл. 15.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Не подавалася.
7. У способі лікування інсулінорезистентності у хворих на цукровий діабет 2 типу із супровідним неалкогольним стеатогепатитом додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту призначають метформін у дозі 500 мг 2 рази на добу та додатково у комплекс лікування включають сублінгвальну форму препарату «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін) по 400 мг 2 рази на день – у якості антиоксиданта, мембраностабілізатора та гепатопротекторного засобу, який гальмує прогресування фіброзу печінки та «Вазонат» (мельдоній) по 250 мг по 1 капсулі 2 рази в день упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб лікування дозволяє зменшити інтенсивність прогресування неалкогольного стеатогепатиту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань, швидке зниження ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмування фіброзування печінкової тканини, покращення печінкового кровообігу: зниження гемодинамічних показників, що вказують на тиск у системі ворітної вени.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування інсулінорезистентності у хворих на цукровий діабет 2 типу із супровідним неалкогольним стеатогепатитом (Патент № 70026, МПК G01N 33/74, А61К 35/39), який відрізняється тим, що метформін призначається у дозі 500 мг 2 рази на добу, додатково у комплекс лікування включають глутаргін при низькому ступені активності стеатогепатиту по 50 мл 4% розчину внутрішньовенно крапельно на 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду впродовж 5 днів, при помірному ступені активності стеатогепатиту – впродовж 10 днів, а у подальшому – ентерально по 2 таблетки (500 мг) 3 рази на день протягом 2 місяців. Недоліками прототипу є те, що при використанні вказаного способу можуть відмічатися побічні дії глутаргіну, а саме загальні порушення: нудота, біль в епігастральній ділянці; з боку імунної системи: реакції гіперчутливості, включаючи шкірні висипання, свербіж, гіперемію, кропив'янку, ангіоневротичний набряк.
9. Метформін, «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін), «Вазонат» (мельдоній).
10. Неалкогольний стеатогепатит, цукровий діабет типу 2.



11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Доманчук Т.І.

#### Реєстр. № 389/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК.**
2. НДР «Патогенетичні механізми взаємообтяження та клінічні особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки та хронічної хвороби нирок, обґрунтування диференційованого лікування», 0117U0023513, 2017-2019 рр.
3. Терапія.
4. I+,A.
5. Патент України на корисну модель № 123026. МПК А61К 35/00, А61Р 1/16 (2006.01). Спосіб лікування та профілактики прогресування фіброзу печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит. Хухліна О.С., Антонів А.А., Дудка Т.В., Дудка І.В., Каньовська Л.В., заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201707235; заявл. 10.07.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Не подавалася.
7. У способі лікування та профілактики прогресування фіброзу печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит та хронічну хворобу нирок додатково до комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту призначають препарат гепаризин в дозі по 40 мг 3 рази на день упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб лікування дозволяє зменшити інтенсивність прогресування неалкогольного стеатогепатиту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань, швидке зниження ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмування фіброзування печінкової тканини, покращення печінкового кровообігу: зниження гемодинамічних показників, що вказують на тиск у системі ворітної вени.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування хворих на неалкогольний стеатогепатит, поєднаний з цукровим діабетом 2-го типу (патент України № 58755; заявл. 24.09.2010; опубл. 26.04.2011, бюл. № 8), в якому вводять есенціальні фосфоліпіди, зокрема есенціале форте Н, додатково вводять комбінацію метаболічно активних антигомотоксичних препаратів, а саме гепаркомполітум та лімфоміозот. Недоліками аналогу-способу є те, що при використанні вказаного способу відмічається досягнення стійкої ремісії НАСГ та при цьому стабілізація фіброзування печінки досягається лише в половини хворих на НАСГ, тоді як в іншій частині хворих на НАСГ має місце або активний НАСГ або нестійка ремісія стеатогепатиту та залишаються чітко виражені зсуви обміну білково-протеїнових компонентів позаклітинного матриксу та їх регуляції, зокрема суттєво підвищений рівень прозапальних цитокинів (ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-2, ФНП $\alpha$  тощо), що може сприяти подальшому прогресуванню НАСГ до цирозу печінки.
9. Гепаризин.
10. Неалкогольний стеатогепатит, хронічна хвороба нирок.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.

13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Воєвідка О.С., Дрозд В.Ю.

#### Реєстр. № 390/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ.**
2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів, 2019-2023 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 128188. МПК А61К 33/00, А61К 35/00, А61Р 7/00, А61Р 9/00. Спосіб корекції ліпідного спектра крові у хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу / Хухліна О.С., Дрозд В.Ю., заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201802379; заявл. 12.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Не подавалася.
7. У способі корекції ліпідного спектра крові у хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу призначають статин – аторвастатин, у дозі 20 мг одноразово на добу у складі базисної терапії стабільної стенокардії напруги, який відрізняється тим, що призначають модифікатор метаболізму мельдоній – вазонат, у дозі 500 мг 2 р./д. протягом 30 днів, базисну терапію стабільної стенокардії напруги: β-адреноблокатор – бісопролол, 5-10 мг 1 раз/д., вазодилітатор – молсидомін, 4 мг 1 раз/д., антиагрегант – клопідогрель, 75 мг 1 раз/д.; базисну терапію гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: блокатор протонної помпи - рабепразол, 40 мг 2 рази/д. перші 14 днів, потім 20 мг 2 рази/д. 14 днів та антацид – гавіскон суспензія, 2 ч. – до одержання клінічного ефекту. Запропонований спосіб дозволяє ефективно корегувати ліпідного спектра крові у хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, усунути клінічну симптоматику, істотно зменшити частоту, тривалість та кількість епізодів кислих гастроєзофагеальних рефлюксів, що сприяє повному загоєнню рефлюкс-езофагіту та досягненню ендоскопічної ремісії без додаткового призначення прокінетиків.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (Спосіб комплексного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: пат. № 8119 Україна. № u200500588; заявл. 24.01.2005; опубл. 15.07.2005, бюл. № 7), в якому призначають блокатор протонної помпи (рабепразол у дозі 20 мг 2 рази/д), прокінетик моторикум та модифікатор метаболізму тіотриазолін. Недоліком прототипу-способу є відсутність врахування супутньої патології, а саме поєданого перебігу серцево судинної недостатності та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, а також наявність ризику розвитку фатальних аритмій, які можуть бути спровоковані застосуванням прокінетика, що впливає на дофамінову ланку регуляції моторики шлунково кишкового тракту та ризик зростання рівня пролактину у крові. Ефекти гіперпролактинемії відомі: це гіперхолестеролемія, дисліпідемія, розвиток інсулінорезистентності, стимуляція проліферації ендотелію судин.
9. Мельдоній (вазонат), блокатор протонної помпи (рабепразол), вазодилітатор (молсидомін), антацид (гавіскон суспензія), бета-адреноблокатор (бісопролол),

- статин (аторвастатин) та антиагрегант (клопідогрель).
10. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, стабільна стенокардія напруги.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
  12. Немає.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
  14. Хухліна О.С., Дрозд В.Ю. (0993366281), Антонів А. (0992321862).

#### Реєстр. № 391/5/18

1. **МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ З ІНВАЛІДНІСТЮ.**
2. НДР «Розробити пропозиції з оптимізації системи медико-соціальної реабілітації інвалідів-учасників антитерористичної операції», 0116U001419, 2016-2018 рр.
3. Терапія.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Оптимізація організації медико-соціальної реабілітації військовослужбовців на підставі індивідуальних програм реабілітації з визначенням організацій, служб, закладів, які повинні виконувати відповідні послуги, а також координатора, який здійснює супровід по конкретному виду реабілітації. Удосконалення медичної реабілітації військовослужбовців за рахунок переорієнтації роботи госпіталів ветеранів війни на реабілітаційний процес, внесення соціально-середовищної реабілітації в загальну систему реабілітації осіб з обмеженими можливостями, в т.ч. в індивідуальну програму реабілітації. Запропонована структурна схема організації системи медико-соціальної реабілітації військовослужбовців-учасників АТО з інвалідністю.
8. Підвищення якості та обґрунтованості медико-соціальної реабілітації, забезпечення оптимального рівня реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців з обмеженими функціональними можливостями.
9. Індивідуальна програма реабілітації, законодавчі нормативні документи та інформаційно-методичні матеріали, які спрямовані на покращення соціального захисту військовослужбовців, учасників АТО.
10. Комплексна реабілітація військовослужбовців-учасників АТО з інвалідністю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І., Беляєва Н.М. (0432511117), Яворовенко О.Б., Куриленко І.В.

#### Реєстр. № 392/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХОЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», 0110U008151, 2010-2015 рр.

3. Терапія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124180. МПК (2018.01) А61К 31/606 (2006.01), А61Р 11/00. Спосіб лікування загострення хронічного обструктивного захворювання легень / Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Соколюк Н.Л., Кітура О.Є.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201710212; заявл.23.10.2017; опубл.26.03.2018. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб може бути використаний для лікування хворих з інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) гр. В. Запропонований спосіб здійснюється наступним чином: базова терапія – цефікс 0,4 г 1 раз на добу, ацетилцистеїн по 0,2 г 3 рази на добу, доксофілін 0,4 г 2 рази на день) протягом 7 діб, додатково призначалась небулайзерна терапія 3% розчину натрію хлориду з гіалуроновою кислотою (Лорде Гіаль Гіпер) в дозі 2 мл 2 рази на добу за допомогою компресорного небулайзера NEB-10 «Microlife» та з 3-ї доби – курс галотерапії з використанням галогенератора «IONNA» в режимі (іонізатор 30±50% потужності, об'єм потоку повітря 15±20 м<sup>3</sup>/год., температура в камері 40±50°C, тривалість 40±60 хв.).
8. Додаткове застосування в комплексному лікуванні хворих на загострення ХОЗЛ групи В, небулайзерної доставки 3% розчину хлориду натрію з гіалуроновою кислотою у поєднанні з курсом галотерапії сприяє підвищенню ефективності лікування, призводить до зменшення собівартості та строків лікування, покращенню якості життя та попередженню рецидивів захворювання.
9. Небулайзерна доставка 3% розчину хлориду натрію з гіалуроновою кислотою у поєднанні з курсом галотерапії.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованого способу є загострення хронічного обструктивного захворювання легень.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Потяженко М.М. (053221450), Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Соколюк Н.Л., Кітура О.Є.

#### Реєстр. № 393/5/18

1. **СПОСІБ ТЕРАПІЇ ПРОМЕНЕВИХ ВИРАЗОК ШКІРИ.**
2. НДР «Біохімічні механізми розвитку дисметаболических процесів за умов впливу хімічних чинників навколишнього середовища», 0115U000240, 2015-2019 рр.
3. Біологічна хімія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115919. МПК А61К 9/00, А61К 31/00, А61К 33/00, А61К 36/00, А61Р 17/00. Спосіб терапії променевиx виразок шкіри / Андросов Є.Д., Полікарпова А.В., Наконечна О.А., Горбач Т.В.; Харківський національний медичний університет. – № u201611045; заяв. 03.11.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 7.
6. Спосіб терапії променевиx виразок шкіри при використанні гелевиx аплікацій на основі ліофілізату надосадової рідини культурального середовища зростання *Bifidobacterium bifidum* і порошку висушениx ягід аронії чорноплідної (*Aronia melanocarpa*), узятих у відношенні 5:1, які призначають з моменту остаточного формування на опроміненій шкірі виразок і відторгнення некротичних тканин (з 35-

- ї доби) один раз на день, протягом 10 діб поспіль, який є більш ефективним, ніж прототип. The method of radial skin ulcer therapy using the gel applications based on the lyophilizate of supernatant of Bifidobacterium bifidum growth culture medium and powder of dried aronia berries (Aronia melanocarpa) taken in relation to 5:1 to be prescribed from the moment of irradiated skin ulcers final formation and necrotic tissue rejection (from 35<sup>th</sup> day) one time per day for 10 days in a row to be more effective than prototype.
7. Для терапії променевиx виразок шкіри, які виникають у результаті одноразового локального рентгенівського опромінення в області задньої поверхні стегна морської свинки в дозі 60 Гр, використовують гелеві аплікації на основі ліофілізату надосадової рідини культурального середовища зростання Bifidobacterium bifidum і порошку висушених ягід аронії чорноплідної, узятих у відношенні 5:1, які призначають з моменту остаточного формування на опроміненій шкірі виразок і відторгнення некротичних тканин (з 35-ї доби) один раз на день, протягом 10 діб поспіль.
  8. Медичні – створення мікросередовища, в якому рана буде переходити з запальної фази на проліферативну. Соціальні – збільшення ефективності лікування променевиx виразок та інших видів хронічних ран у пацієнтів, покращення якості їх життя. Економічні – скорочення фінансових витрат, тому що спосіб не потребує дефіцитних або дорогих ліків та обладнання.
  9. Гель на основі ліофілізату надосадової рідини культурального середовища зростання Bifidobacterium bifidum і порошок висушених ягід аронії чорноплідної, узятих у відношенні 5:1, мазева основа по типу «масло у воді».
  10. Променеві виразки шкіри або хронічні рани, викликані іншими чинниками.
  11. Наявність алергічної реакції на компоненти препарату.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Андросов Є.Д., Полікарпова А.В. (0632303792), (0980370934), Наконечна О.А., Горбач Т.В.

## ТОКСИКОЛОГІЯ

### Реєстр. № 394/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕЛАТОНІНОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЗА УМОВ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ ХЛОРИДУ КАДМІЮ.**
2. НДР «Стресіндуковані морфофункціональні та біохімічні зміни структур хроноперіодичної і гепато-ренальної систем у свавців», 0114U002472.
3. Токсикологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 119528. МПК (2017.01) А61К 38/00. Спосіб корекції мелатоніном функціонального стану нирок за умов токсичної дії хлориду кадмію / Геруш І.В., Дікал М.В., Чернюх О.Г., Ференчук Є.О., Хоменко В.Г.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201703912; заявл. 20.04.2017; опубл. 25.09.2017. Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Використання способу дозволить проводити корекцію мелатоніном функціонального стану нирок за умов токсичної дії хлориду кадмію. Отже, суть нововведення полягає у корекції функціонального порушення нирок, що спричинені

- токсичною дією хлориду кадмію, яке корегується гормональним препаратом мелатоніном.
8. На відміну від відомого прототипу, при якому не виявлено достовірних змін при корекції мелатоніном функціонального стану нирок за умов токсичної дії хлориду кадмію шляхом введення великої дози антиоксиданту з діючою речовиною мелатоніном, при використуванні запропонованим способом здійснюють уведення мелатоніну у дозі 5 мг/кг одноразово за умов токсичної дії хлориду кадмію.
  9. Досліди проведені на 30 білих нелінійних щурах-самцях масою 0,16-0,20 кг, яким вводили  $CdCl_2$  внутрішньом'язово в дозі 2.5 мг/кг одноразово. Екзогенний мелатонін вводили через 6 годин в дозі 5 мг/кг одноразово. Дозатор, фотоколориметр, ФПЛ-1, центрифуга лабораторна,  $CdCl_2$ , сульфосаліцилова кислота, пікринова кислота.
  10. Використання способу дозволить підвищити точність діагностики та лікування порушень функціонального стану нирок, що являється важливим у терапевтичній практиці.
  11. Немає.
  12. Не виявлено.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії. 58022, м. Чернівці, вул. Богомольця, 2, тел. (0372)53-52-53.
  14. Немає.
  15. Геруш І.В., Дікал М.В. (0501738667), (0372535253), Чернюх О.Г., Ференчук Є.О., Хоменко В.Г.

## УРОЛОГІЯ

### Реєстр. № 395/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Профілактична медицина.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128850. МПК А61К 31/00 (2018.01). Спосіб профілактики захворювань чоловічих статевих органів / Шарапова О.М.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України». – № u201804089; заявл.16.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
7. Немає.
8. Використання суміші препаратів у складі 7% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової (20 крапель), *Gingko biloba* (40 мг), 30% розчину вітаміна Е (20 крапель) тричі на добу, що дозволяє зберегти сперматогенну функцію шляхом покращення кровопостачання та відновлення структур гематотестикулярного бар'єру яєчок. У комплексі з вживанням суміші препаратів, у склад якої входить ехінацея пурпурова, застосування захисного екрануючого фартуха робітниками, що працюють на виробництвах зі шкідливими умовами праці, зокрема, електромагнітними полями високої напруги низької частоти. Медичною перевагою запропонованого методу є комплексне застосування робітниками підприємств із шкідливими умовами праці екрануючого захисного фартуха з вживанням суміші препаратів, до складу якої входить настоянка ехінацеї пурпурової, пропонується вводити у вигляді крапель

- перорально на відміну від місцевих способів, застосування яких може призводити до появи алергічних реакцій. Соціальна перевага заключається в тому, що застосування екрануючого захисного фартуха в комплексі з настоянкою ехінацеї пурпурової знижує ризик впливу шкідливих факторів зовнішнього середовища і виникнення захворювань чоловічих статевих органів. Економічною перевагою є зменшення на 18-25% витрат на лікування захворювань, обумовлених дією шкідливих факторів зовнішнього середовища, комплексним застосуванням екрануючих засобів і суміші запропонованих препаратів.
9. Екрануючий захисний фартух, лікарський засіб у вигляді 7-8% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової.
  10. З профілактичною метою робітникам підприємств, працюючим із шкідливими факторами зовнішнього середовища.
  11. Немає.
  12. Не спостерігалось.
  13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра клінічної анатомії, анатомії і оперативної хірургії. 49027, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
  14. Немає.
  15. Шарапова О.М. (0974293489).

#### **Реєстр. № 396/5/18**

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОЧІКУВАНОВОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ АЛЬФА-1-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СИЛОДОЗИНОМ.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122855. МПК А61К 31/405 (2006.01), А61В 5/20 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01). Спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором / Квятковський Є.А., Квятковська Т.О., Квятковський О.Є. – № u201708798; заявл. 01.09.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором включає визначення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні, при якому в якості альфа-1-адреноблокатора застосовують силодозин, який після урофлоуметрії хворий одноразово приймає у дозі 8 мг, після чого через 2,5-3 години здійснюють повторну урофлоуметрію і за зміною швидкісних показників потоку сечі прогнозують ефективність лікування силодозином. За умови збільшення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні після одноразового прийому силодозину на 25-30% призначають тривалу медикаментозну терапію. При відсутності змін або незначному збільшенні максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі здійснюють додаткове обстеження, після чого призначають препарати іншої групи або оперативне втручання.
8. Медичні. Використання фармакоуродинамічного тесту з силодозином пришвидшує визначення ефективності лікування хворого на доброякісну гіперплазію передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором, так як показники змінення

об'ємної швидкості потоку сечі при урофлоуметрії після проведення тесту достовірно не відрізняються від таких після тривалого лікування зі щоденним прийомом силодозину. Соціальні. Своєчасне призначення відповідної терапії симптомів нижніх сечових шляхів підвищує якість життя хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та запобігає ускладненням, що можуть виникнути в разі призначення неадекватного лікування. Економічні. Зменшення невиправданих матеріальних затрат на щоденний прийом альфа-1-адреноблокатора силодозину протягом від 2-4 тижнів і більше замість одноразового прийому для визначення доцільності його застосування та спрощення етапів з'ясування ефективності препарату з застосуванням більш складних методик та більш затратних методів дослідження.

9. Спосіб реалізується лікарем урологом з застосуванням урофлоуметра та одноразової дози силодозину.
10. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози з наявністю симптомів нижніх сечових шляхів.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до силодозину або будь-якої з допоміжних речовин у складі препарату, тяжка ниркова або печінкова недостатність.
12. Алергічна реакція. При розвитку алергічних ускладнень відповідна симптоматична терапія. Помилкою при використанні способу може бути порушення звичайного питного режиму: прийом значної кількості рідини перед дослідженням.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
14. КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 9 Дніпропетровської обласної ради».
15. Квятковський Є.А., Квятковська Т.О. (0936590463).

#### Реєстр. № 397/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОЧІКУВАНОВОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ АЛЬФА-1-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СИЛОДОЗИНОМ.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122855. МПК А61К 31/405 (2006.01), А61В 5/20 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01). Спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором / Квятковський Є.А., Квятковська Т.О., Квятковський О.Є. – № u201708798; заявл. 01.09.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором включає визначення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні, при якому в якості альфа-1-адреноблокатора застосовують силодозин, який після урофлоуметрії хворий одноразово приймає у дозі 8 мг, після чого через 2,5-3 години здійснюють повторну урофлоуметрію і за зміною швидкісних показників потоку сечі прогнозують ефективність лікування силодозином. За умови збільшення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні після одноразового прийому силодозину на 25-30% призначають тривалу медикаментозну терапію. При відсутності змін або незначному збільшенні максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі



- здійснюють додаткове обстеження, після чого призначають препарати іншої групи або оперативне втручання.
8. Медичні. Використання фармакоуродинамічного тесту з силодозином пришвидшує визначення ефективності лікування хворого на доброякісну гіперплазію передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором, так як показники змінення об'ємної швидкості потоку сечі при урофлоуметрії після проведення тесту достовірно не відрізняються від таких після тривалого лікування зі щоденним прийомом силодозину. Соціальні. Своєчасне призначення відповідної терапії симптомів нижніх сечових шляхів підвищує якість життя хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та запобігає ускладненням, що можуть виникнути в разі призначення неадекватного лікування. Економічні. Зменшення невиправданих матеріальних затрат на щоденний прийом альфа-1-адреноблокатора силодозину протягом від 2-4 тижнів і більше замість одноразового прийому для визначення доцільності його застосування та спрощення етапів з'ясування ефективності препарату з застосуванням більш складних методик та більш затратних методів дослідження.
  9. Спосіб реалізується лікарем урологом з застосуванням урофлоуметра та одноразової дози силодозину.
  10. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози з наявністю симптомів нижніх сечових шляхів.
  11. Індивідуальна підвищена чутливість до силодозину або будь-якої з допоміжних речовин у складі препарату, тяжка ниркова або печінкова недостатність.
  12. Алергічна реакція. При розвитку алергічних ускладнень відповідна симптоматична терапія. Помилкою при використанні способу може бути порушення звичайного питного режиму: прийом значної кількості рідини перед дослідженням.
  13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
  14. КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 9 Дніпропетровської обласної ради».
  15. Квятковський Є.А., Квятковська Т.О. (0936590463).

#### Реєстр. № 398/5/18

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Трансректальна біопсія під ультразвуковим наведенням з використанням еластографії в диференційній діагностиці хронічного простатиту та новоутворень передміхурової залози», 2016-2020 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125532. МПК А61В 8/08 (2006.01). Спосіб диференційної діагностики захворювань передміхурової залози./ Когут В.В., Гайсенюк Ф.З., Сагалевич А.І., Кравчук В.М., Джуран Б.В., Гречаник О.І., Савицький О.Ф.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201712761; заявл. 22.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб диференційної діагностики захворювань передміхурової залози включає проведення трансректального ультразвукового сонографічного огляду простати, в процесі якого вимірюють швидкість розповсюдження зсувних хвиль з отриманням кольоровокодованого зображення. Додатково виявляють ділянки передміхурової залози з показниками пружності передміхурової залози в нульовому діапазоні при

- відсутності кольоровокодованого зображення, за якими визначають наявність кист(и), їхні розміри і місце розташування.
8. Розробка ультразвукового методу з використанням еластографії зсувної хвилі підвищила роздільну здатність методу в доповнення до звичайної ехографії. Великою перевагою даного методу є розпізнавання дрібних кист у всіх відділах передміхурової залози разом з прийнятною якістю зображення, що дозволяє встановити взаємозв'язок сусідніх структур, забезпечуючи чудові діагностичні можливості, які можуть бути використані в повсякденній практиці.
  9. Ультразвукове обладнання з додатковою методикою: еластографією зсувної хвилі.
  10. Діагностика кист передміхурової залози.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ». м. Київ, вул. Госпітальна, 18а.
  15. Гайсенюк Ф.З., Головка С.В., Когут В.В., Джуран Б.В., Савицький О.Ф., Кравчук В.М.

#### Реєстр. № 399/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.**
2. НДР «Вивчити роль урогенітальних інфекцій, викликаних збудниками різного таксономічного походження, в патогенезі, перебігу та результатах лікування урологічних захворювань», 0113U001486, 2015-2018 рр.
3. Урологія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 106384. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Гродзінський В.І., Самчук П.О.; заявник і патентовласник ДУ «Інститут урології НАМНУ». – № u201510293; заявл. 21.10.2015; опубл. 25.04.2016. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку, що включає проведення клінічного аналізу крові, за результатами якого визначають кількість лейкоцитів та незрілих нейтрофілів і розраховують лейкоцитарний показник, який відрізняється тим, що додатково проводять клінічний аналіз сечі та при значенні лейкоцитарного показника більше 30 ум. од., ШОЕ >31,0 мм/год., гемоглобіну <100-119 г/л та в сечі – наявності лейкоцитів в полі зору >50 та бактеріурії – ризик несприятливого перебігу захворювання вищий в 40,2; 5,2; 5,4 та 3,5 разів, відповідно.
8. Спосіб прогнозування перебігу гострого необструктивного пієлонефриту у жінок репродуктивного віку дає можливість передбачення характеру перебігу захворювання, що має значення при виборі виду спеціалізованого лікування (амбулаторне, стаціонарне), служить інструментом при визначенні його тривалості за динамікою величин, обумовлених діагностичним тестом показників, особливо за умов перебування в урологічному відділенні, що відповідає вимогам сьогодення. Надійність діагностичного теста доведена за показником визначення прогностичної цінності позитивного результату (89 %).
9. Загальноклінічна лабораторія.
10. Гострий необструктивний пієлонефрит у жінок репродуктивного віку.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології. м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, Олександрівська клінічна лікарня, тел. (044) 467-79-99.
14. ДУ «Інститут урології Національної академії наук України».
15. Пасечніков С.П. (0444677999), Сайдакова Н.О., Самчук П.О.

#### **Реєстр. № 400/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК.**
2. НДР «Роль ендотеліальної дисфункції у розвитку симптомів нижніх сечових шляхів у чоловіків із загально клінічними проявами вікового андрогенного дефіциту», 0114U005500.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України № 120470. МПК А61В 17/00 (2017.01), А61Р 13/12 (2006.01). Спосіб лікування полікістозу нирок / Саричев Л.П., Сухомлин С.А., Пустовойт Г.Л., Філоненко А.Ф., Курячий Ю.В.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201701587; заявл. 20.02.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Спосіб лікування полікістозу нирок включає діагностичні етапи оцінки стану хворого та визначення необхідного об'єму лікування. При відсутності клінічних проявів полікістозу нирок та ускладнень у вигляді хронічного пієлонефриту, артеріальної гіпертензії та ниркової недостатності хворому призначають динамічне спостереження з контрольним ультразвуковим обстеженням 1 раз на рік.
8. Позитивний ефект способу лікування полягає в оптимізації лікувально-діагностичного алгоритму від етапу діагностики до визначення хірургічної тактики і, відповідно, забезпеченні підвищення ступеню ефективності лікування хворих на полікістоз нирок.
9. Апарат ультразвукової діагностики.
10. Показанням до застосування запропонованої корисної моделі є наявність аномалії розвитку – полікістозу нирок.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Саричев Л.П., Сухомлин С.А., Пустовойт Г.Л., Саричев Я.В., Курячий Ю.В.

#### **Реєстр. № 401/5/18**

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПАРЕНХІМИ НИРКИ У ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та вибір малоінвазивних хірургічних методів лікування хворих на обструктивні захворювання нирок з урахуванням етіопатогенетичних механізмів обструкції», 0116U004983, 2016-2018 рр.
3. Урологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126267. МПК G01N 33/50. Спосіб оцінки ступеня травматизації паренхіми нирки у хворих на нефролітіаз / Лісовий В.М.,

Савенков В.І., Левченко Д.А., Арсеньєв О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800381; заявл. 15.01.2018; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.

6. Спосіб оцінки ступеня травматизації паренхіми нирки у хворих на нефролітіаз, який включає визначення біомаркера травматизації паренхіми нирки цистатину С у сироватці крові хворого на нефролітіаз до та після лікування та розрахунок коефіцієнту травматизації паренхіми нирки ( $k$ ) відношенням різниці концентрацій цистатину С (до та після оперативного втручання) до вмісту цього маркера до лікування і при значенні  $k \leq 0,15$  констатують легкий ступінь, при  $0,15 < k < 0,35$  – середній, а при  $k > 0,35$  – тяжкий ступінь травматизації паренхіми нирки. Method for assessing the traumatism degree the renal parenchyma in patients with nephrolithiasis, which includes the determination of the traumatism of renal parenchyma cystatine C traumatic biomarker in the blood serum of the patient with nephrolithiasis before and after treatment and the calculation of the coefficient of injury of the renal parenchyma ( $k$ ) with the ratio of the difference in cystatine C concentrations (before and after surgical intervention) to the contents of this marker before treatment and at  $k \leq 0.15$  indicate a slight degree, at  $0.15 < k < 0.35$  – mean, and at  $k > 0.35$  – a severe degree of traumatism of the renal parenchyma.
7. Спосіб оцінки ступеня травматизації паренхіми нирки у хворих на нефролітіаз, який включає визначення біомаркера травматизації паренхіми нирки, який відрізняється тим, що у сироватці крові хворого на нефролітіаз до та після лікування визначають рівень цистатину С та розраховують коефіцієнт травматизації паренхіми нирки ( $k$ ) відношенням різниці концентрацій цистатину С (до та після оперативного втручання) до вмісту цього маркера до лікування і при значенні  $k \leq 0,15$  констатують легкий ступінь, при  $0,15 < k < 0,35$  – середній, а при  $k > 0,35$  – тяжкий ступінь травматизації паренхіми нирки.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на нефролітіаз. Соціальні – покращення якості життя хворих на сечокам'яну хворобу шляхом використання адекватного малоінвазивного хірургічного методу. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на нефролітіаз за рахунок зниження кількості ліжко-днів.
9. Реактиви та обладнання для імуноферментного дослідження цистатину С, лікар-лаборант.
10. Хворі на нефролітіаз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Лісовий В.М., Савенков В.І. (0503100520), Левченко Д.А., Арсеньєв О.В.

#### Реєстр. № 402/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РУБЦЕВО-СКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та вибір малоінвазивних хірургічних методів лікування хворих на обструктивні захворювання нирок з урахуванням етіопатогенетичних механізмів обструкції», 0116U004983, 2016-2018 рр.
3. Урологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 94465. МПК А61В 17/00, А61К 31/00. Спосіб профілактики рубцево-склеротичних змін у післяопераційному періоді у хворих на гідронефроз / Лісовий В.М., Савенков В.І., Павлов С.Б.; заявник і патентовласник

- Харківський національний медичний університет. – № u201406694; заявл. 16.06.2014; опубл. 10.11.2014. Бюл. № 21.
6. Спосіб профілактики рубцево-склеротичних змін у післяопераційному періоді у хворих на гідронефроз, що мають порушення синтезу сполучної тканини, шляхом проведення базисної терапії та додаткового призначення пеніциліну G в якості антисклеротичного засобу та актовегіну в якості препарату, що впливає на гомеостаз і має виражені антиоксидантні властивості. A method for the prevention of scar-and-sclerotic changes in the postoperative period in patients with hydronephrosis, having a disorders of the synthesis of connective tissue, through basic therapy and additional use of penicillin G as an antisclerotic agent and Actovegin as a drug that affects homeostasis and has pronounced antioxidant properties.
  7. Спосіб профілактики рубцево-склеротичних змін у післяопераційному періоді у хворих на гідронефроз, який включає призначення лікарських засобів, який відрізняється тим, що на третю добу після операції хворим призначають пеніцилін G по 5 млн. ОД на 100,0 мл фізрозчину, внутрішньовенно, краплинно, протягом 20 хвилин, 8-12 днів та актовегін по 5,0 мл на 10,0 мл фізрозчину, внутрішньовенно, № 10 з подальшим переходом на таблетовану форму, по 2 таблетки 2 рази на день, 10 днів, з повторенням курсу при необхідності.
  8. Медичні – нормалізація стану сполучної тканини у хворих на гідронефроз із порушенням сполучнотканинного обміну, попередження погіршення функції нирок та значне зниження ризику рецидиву захворювання. Соціальні – покращення якості життя у хворих на гідронефроз у післяопераційному періоді. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування цієї категорії хворих.
  9. Фітопрепарати із сечогінною і протизапальною діями, антибіотики, уросептики, літолітики, ангіопротектори, імуномодулятори, пеніцилін G, актовегін.
  10. Хворі на гідронефроз, які знаходяться у післяопераційному періоді.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Лісовий В.М., Савенков В.І. (0503100520), Павлов С.Б.

#### Реєстр. № 403/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ СТРИКТУР МИСКОВО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТУ ТА СЕЧОВОДУ У ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та вибір малоінвазивних хірургічних методів лікування хворих на обструктивні захворювання нирок з урахуванням етіопатогенетичних механізмів обструкції», 0116U004983, 2016-2018 рр.
3. Урологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 98934. МПК G01N 33/00. Спосіб прогнозування рецидиву стриктур мисково-сечовідного сегменту та сечоводу у хворих на гідронефроз / Лісовий В.М., Савенков В.І., Павлов С.Б., Томін М.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201413138; заявл. 08.12.2014; опубл. 12.05.2015. Бюл. № 9.
6. Спосіб дозволяє прогнозувати ризик рецидиву стриктур мисково-сечовідного сегменту та сечоводу у хворих на гідронефроз шляхом визначення біохімічних показників у хворих на гідронефроз, а саме: рівня пептидозв'язаного оксипроліну до вільного оксипроліну, співвідношення вмісту фактора некрозу пухлини- $\alpha$  та інтерлейкіну-10, рівня інтерлейкіну-17 та обчислення критерію ризику розвитку

рецидиву стриктури. The method allows to predict the risk of relapse of the strictures of the bowl-ureter segment and the ureter in patients with hydronephrosis by identifying biochemical parameters in patients with hydronephrosis, namely the level of peptide-linked oxypoline to free oxypoline, the ratio of tumor necrosis factor- $\alpha$  and interleukin-10 as well as the level of interleukin-17, and calculate the risk criterion for the recurrence of stricture.

7. Спосіб прогнозування рецидиву стриктур, який включає визначення показників, що відображають рубцево-склеротичні зміни у зоні хірургічного ураження, який відрізняється тим, що для прогнозування рецидиву стриктур мисково-сечовідного сегменту та сечоводу у хворих на гідронефроз на 21-й день після проведеного оперативного втручання визначають вміст пептидозв'язаного оксипроліну (ПЗОП), вільного оксипроліну (ВОП), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), інтерлейкіну-17 (ІЛ-17) та фактора некрозу пухлини- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ) з одночасним визначенням відповідних показників (к) групи лабораторного контролю та наступним розрахунком співвідношення ПЗОП/ВОП, ПЗОПк/ВОПк, ФНП- $\alpha$ /ІЛ-10, ФНП- $\alpha$ к/ІЛ-10к, ІЛ-17/ІЛ-17к, потім встановлюють кількісне значення критерію рецидиву (К) стриктури за формулою:  $K = (ПЗОП/ВОП)/(ПЗОПк/ВОПк) - 0,3Ч((ФНП-α/ІЛ-10)/(ФНП-αк/ІЛ-10к)) + 0,3Ч(ІЛ-17/ІЛ-17к)$ , де 0,3 – константа, та при значенні  $K < 1,4$  прогнозують низьку імовірність розвитку рецидиву, при  $1,4 < K < 2,5$  – середню імовірність розвитку рецидиву, при  $K > 2,5$  - високу імовірність розвитку рецидиву.
8. Медичні – прогнозування ризику рецидивів стриктур мисково-сечовідного сегменту та сечоводу у хворих на гідронефроз у післяопераційному періоді та оптимізація тактики ведення таких хворих. Соціальні – покращення якості життя у хворих на гідронефроз у післяопераційному періоді. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування цієї категорії хворих.
9. Реактиви для визначення пептидозв'язаного оксипроліну, вільного оксипроліну фактора некрозу пухлини- $\alpha$ , інтерлейкіну-10, інтерлейкіну-17, пробірки, лікар-лаборант.
10. Хворі на гідронефроз, які знаходяться у післяопераційному періоді.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Лісовий В.М., Савенков В.І. (0503100520), Павлов С.Б., Томін М.С.

#### Реєстр. № 404/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕЗУ РОЗВИТКУ СТРИКТУР МИСКОВО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТУ У ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та вибір малоінвазивних хірургічних методів лікування хворих на обструктивні захворювання нирок з урахуванням етіопатогенетичних механізмів обструкції», 0116U004983, 2016-2018 рр.
3. Урологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 126640. МПК А61В 10/02, G01N 33/48. Спосіб визначення генезу розвитку стриктур мисково-сечовідного сегменту у хворих на гідронефроз / Савенков В.І., Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С., заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201801456; заявл. 14.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Спосіб диференційної діагностики гідронефрозу, який включає визначення характеру гідронефрозу, який відрізняється тим, що для визначення генезу розвитку структур мисково-сечовідного сегменту (МСС) у хворих на гідронефроз

розраховують коефіцієнт дисбалансу (Кд) колагенів як співвідношення вмісту колагену I типу до колагену III типу у тканинах нирки та МСС та при значенні Кд в нирках нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, при вищому за 2,0 – набутий генез; при Кд у МСС нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, а при вищому за 1,4 – набутий генез. The method of differential diagnostics of hydronephrosis, which includes the determination of the nature of hydronephrosis, which is characterized by the fact that, for the determination of the genesis of the structures of the ureteropelvic junction (UPJ) in patients with hydronephrosis, the disbalance coefficient (Cd) of collagen is calculated as the ratio of the content of collagen type I to type III collagen kidney tissues and UPJ and, in the case of Cd in the kidneys below 1.0, determine the birth defect, with value higher than 2.0 – acquired genesis; at Cd in UPJ below 1.0 the birth defect is determined, and in case of higher than 1.4 – the acquired genesis.

7. Спосіб диференційної діагностики гідронефрозу, який включає визначення характеру гідронефрозу, який відрізняється тим, що для визначення генезу розвитку стриктур МСС у хворих на гідронефроз розраховують Кд колагенів як співвідношення вмісту колагену I типу до колагену III типу у тканинах нирки та МСС та при значенні Кд в нирках нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, при вищому за 2,0 – набутий генез; при Кд у МСС нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, а при вищому за 1,4 – набутий генез.
8. Медичні – підвищення ефективності діагностики хворих на гідронефроз з метою запобігання рецидивів та ускладнень. Соціальні – покращення якості життя хворих на гідронефроз. Економічні – скорочення фінансових витрат на діагностику 1 хворого на гідронефроз.
9. Реактиви та обладнання для імуногістохімічного дослідження колагенів, лікар-лаборант.
10. Гідронефроз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Савенков В.І. (0503100520), Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С.

## **ФАРМАКОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ**

### **Реєстр. № 405/5/18**

1. **ВИКОРИСТАННЯ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ РОБІТ ІЗ ШКІДЛИВИМИ УМОВАМИ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Профілактична медицина.
4. 2+;С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання суміші препаратів у складі 7% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової (20 крапель), *Gingko biloba* (40 мг), 30% розчину вітаміна Е (20 крапель) тричі на добу, що дозволяє зберегти сперматогенну функцію ячок та зменшити прояви запального процесу в чоловічих статевих органах шляхом посилення

- антиоксидантних, радіопротекторних, позитивних ендотеліальних ефектів настоянки ехінацеї пурпурової в активації імунних реакцій та покращенні кровопостачання яєчка.
8. Медичною перевагою запропонованого методу використання ехінацеї пурпурової є те, що суміш препаратів, в склад яких входить настоянка ехінацеї пурпурової, пропонується вводити у вигляді крапель перорально на відміну від місцевих способів, застосування яких може призводити до появи алергічних реакцій. Соціальна перевага заключається в тому, що застосування ехінацеї пурпурової знижує ризик виникнення захворювань чоловічих статевих органів, ускладнень та скорочує тривалість післяопераційного періоду.
  9. Лікарський засіб у вигляді 7-8% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової.
  10. З профілактичною метою робітникам, працюючим із шкідливими факторами зовнішнього середовища; в урології в післяопераційному періоді чоловікам із захворюваннями органів сечостатевої системи.
  11. Немає.
  12. Не спостерігалось.
  13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра клінічної анатомії, анатомії і оперативної хірургії. 49027, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
  14. Немає.
  15. Топка Е.Г. (0962339085), Шарапова О.М. (0974293489).

#### **Реєстр. № 406/5/18**

1. **ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ЛИСТЯ ГРУШАНКИ КРУГЛОЛИСТОЇ ЯК ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ.**
2. НДР «Експериментально-теоретичне обґрунтування фармакологічної дії лікарських засобів рослинного походження», 0117U002048.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124406. МПК А61К 36/45 (2006.01), А61К 127/00, А61Р 13/00. Застосування сухого екстракту з листя грушанки круглолистої як протизапального та нефропротекторного засобу / Соколова К.В., Подплетня О.А., Залигіна Є.В., Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – № u201709935; заявл. 13.10.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Корисна модель відноситься до фармацевтичних засобів невизначеної структури, що містять матеріал з рослин або їхніх похідних та може бути використаною в медицині та фармації для комплексної терапії та профілактики гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
8. Економічні: дешевий нефропротекторний засіб; медичні: безпечний лікарський засіб, застосування якого сприяло б реалізації широкого спектру специфічної активності, усуненню негативних побічних ефектів і протипоказань; соціальні: доступний лікарський засіб для комплексної терапії та профілактики гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
9. Немає.
10. Комплексна терапія та профілактика гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
11. Немає.
12. Немає.



13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, dsma@dsma.dp.ua.
14. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1, [university@tdmu.edu.ua](mailto:university@tdmu.edu.ua).
15. Соколова К.В. (0977200074), Подплетня О.А., Залигіна Є.В., Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А.

#### Реєстр. № 407/5/18

1. **СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ ГУСТОГО ЕКСТРАКТУ З ГРУШАНКИ КРУГЛОЛИСТОЇ З ДІУРЕТИЧНОЮ ТА АНТИМІКРОБНОЮ АКТИВНІСТЮ.**
2. НДР «Експериментально-теоретичне обґрунтування фармакологічної дії лікарських засобів рослинного походження», 0117U002048.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125676. МПК А61К 36/45 (2006.01), А61К 127/00, А61Р 7/02 (2006.01). Спосіб одержання густого екстракту з грушанки круглолистої з діуретичною та антимікробною активністю / Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А., Вронська Л.В., Покришко О.В., Соколова К.В., Подплетня О.А., Залигіна Є.В.; заявники і патентовласники ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – № u201710031; заявл. 17.10.2017; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Корисна модель стосується фармації і медицини, а саме способів одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини, що володіють діуретичною та антимікробною активністю.
8. Економічні: дешевий спосіб одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини; медичні: безпечний лікарський засіб, застосування якого сприяло б реалізації широкого спектру специфічної активності, усуненню негативних побічних ефектів і протипоказань; соціальні: доступний спосіб одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини.
9. Немає.
10. Спосіб одержання густого екстракту з лікарської рослинної сировини.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, dsma@dsma.dp.ua.
14. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1, [university@tdmu.edu.ua](mailto:university@tdmu.edu.ua).
15. Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А., Вронська Л.В., Покришко О.В., Соколова К.В. (0977200074), Подплетня О.А., Залигіна Є.В.

#### Реєстр. № 408/5/18

1. **СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АТЕНОЛОЛУ В ТАБЛЕТКАХ.**
2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів в аналізі лікарських речовин, похідних амінів, азолів та інших», 0116U005350, 2016-2020 pp.
3. Фармація.
4. 1+,А.

5. Патент України на корисну модель № 125607. МПК G01N 21/78 (2006.01). Спосіб кількісного спектрофотометричного визначення атенололу в таблетках / Донченко А.О., Васюк С.О.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201800494; заявл. 17.01.2018; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб кількісного визначення атенололу, що полягає у розчиненні проби у диметилформаміді, фільтруванні, додаванні розчину 2,3-дихлор-1,4-нафтохінону, нагріванні реакційної суміші при температурі 95°C протягом 10 хв. та вимірюванні абсорбції забарвленого розчину у видимій області спектра при довжині хвилі 493 нм.
8. Застосування 2,3-дихлор-1,4-нафтохінону як кольорореагенту при нагріванні дозволяє значно скоротити час виконання аналізу.
9. Наявність сертифікованих науково-дослідних лабораторій з контролю якості лікарських засобів, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного напрямку підготовки.
10. Для проведення кількісного спектрофотометричного визначення атенололу в таблетках.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69, кафедра аналітичної хімії, тел. (0612) 34-21-81.
14. Немає.
15. Донченко А.О. (0978520282), Васюк С.О.

#### Реєстр. № 409/5/18

1. **СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ В ШИПУЧИХ ТАБЛЕТКАХ.**
2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів в аналізі лікарських речовин, похідних амінів, азолів та інших», 0116U005350, 2016-2020 рр.
3. Фармація.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 125944. МПК G01N 33/15 (2006.01), G01J 3/28 (2006.01), G01N 21/78 (2006.01). Спосіб кількісного спектрофотометричного визначення ацетилцистеїну в шипучих таблетках / Донченко А.О., Васюк С.О.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201800493; заявл. 17.01.2018; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Спосіб кількісного визначення ацетилцистеїну, що полягає у розчиненні шипучої таблетки у диметилформаміді, фільтруванні, додаванні до проби розчину 2,3-дихлор-1,4-нафтохінону, нагріванні реакційної суміші при температурі 95°C протягом 10 хв. та вимірюванні абсорбції забарвленого розчину у видимій області спектра при довжині хвилі 425 нм.
8. Застосування 2,3-дихлор-1,4-нафтохінону як кольорореагенту при нагріванні дозволяє значно скоротити час виконання аналізу та зберегти достатньо високу чутливість реакції.
9. Наявність сертифікованих науково-дослідних лабораторій з контролю якості лікарських засобів, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного напрямку підготовки.

10. Для проведення кількісного спектрофотометричного визначення ацетилцистеїну в шипучих таблетках.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69, кафедра аналітичної хімії, тел. (0612) 34-21-81.
14. Немає.
15. Донченко А.О. (0978520282), Васюк С.О.

#### Реєстр. № 410/5/18

1. **ЗАСТОСУВАННЯ 6,6-ДИЗАМЩЕНИХ 6,7-ДИГІДРО-2Н-[1,2,4]ТРИАЗИНО[2,3-С]ХІНАЗОЛІНІВ ЯК АКТИВНОЇ ОСНОВИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ВИРАЖЕНОЮ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЮ ДІЄЮ.**
2. НДР «Спрямований пошук біологічно активних сполук серед заміщених триазинохіназолінів та створення кандидатів у лікарські препарати на їх основі», 0114U000968, 2014-2016 рр.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 116909. МПК (2018.01) C07D 239/72 (2006.01), C07D 253/06 (2006.01), C07D 253/10 (2006.01), C07D 255/04 (2006.01), A61K 31/00, A61K 31/4196 (2006.01), A61K 31/47 (2006.01). Застосування 6,6-дизаміщених 6,7-дигідро-2Н-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолінів як активної основи лікарських засобів з вираженою гіполіпідемічною дією / Воскобойнік О.Ю., Коваленко С.І., Прозорова Г.О., Тржецинський С.Д., Носуленко І.С.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № а201601016; заявл. 08.02.2016; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Конденсацією заміщених 3-(2-амінофеніл)-6-Н-1,2,4-триазин-5(2Н)-онів з кетонами у оцтовій кислоті одержані 6,6-дизаміщені 6,7-дигідро-2Н-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназоліни, що можуть бути використані як активні інгредієнти інноваційних гіполіпідемічних лікарських засобів.
8. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з гіперліпідемічними станами, підвищення ефективності пошуку нових гіполіпідемічних агентів серед гетероциклічних сполук.
9. Наявність обладнаних, укомплектованих відповідним персоналом та сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, доклінічних та клінічних випробувань фармакологічної дії, фармако-технологічних досліджень, розробки методів контролю якості сполук – кандидатів у лікарські препарати.
10. Створення ефективних гіполіпідемічних лікарських засобів на основі 6,6-дизаміщених 6,7-дигідро-2Н-[1,2,4]триазино[2,3-с]хіназолінів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, кафедра органічної і біоорганічної хімії тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Воскобойнік О.Ю., Коваленко С.І., Прозорова Г.О., Тржецинський С.Д., Носуленко І.С. (0612341082).

#### Реєстр. № 411/5/18

- 1. МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЗМИ КРОВІ НА ВМІСТ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ СЕРТИНДОЛУ МЕТОДАМИ ГАЗОВОЇ ТА ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
- НДР «Синтез та перетворення нових фізіологічно-активних речовин - похідних неконденсованих і конденсованих сульфур- та нітрогеновмісних гетероциклічних систем, з використанням методів *in silico* моделювання, вивчення фізико-хімічних властивостей та проведення фармакологічного скринінгу одержаних сполук, дослідження різних видів дикорослих та культивованих рослин західного регіону України з метою одержання нових лікарських засобів, розробка технології лікарських засобів нових складів та опрацювання сучасних методик фармацевтичного та токсикологічного аналізу», 0116U004500, 2016-2020 рр.
- Фармація, судово-медична експертиза.
- 2+,С.
- Немає.
- Впроваджено в профільних закладах охорони здоров'я.
- Виявлення та кількісне визначення діючої речовини сертиндолу методом газової хроматографії з мас-селективним детектором. В інжектор ГХ вводять 5 мкл метанольного розчину сухого залишку. Аналіз виконується на капілярній колонці (30 м x 0,25 мм, 0,25 мкм) із нерухомою фазою 5% фенілметилполісилоксану. Рухома фаза – гелій, подається із швидкістю 3 мл/хв. Температурний градієнт: 50°C (0,5 хв.), 25°C / хв. до 150°C, після цього підвищення температури становить 10°C / хв. до досягнення 320°C (30 хв.). Температура інжектора – 270°C. Мас-детекцію виконують при електронній іонізації 70 eV і вольтажі 400 В. Температура джерела випромінювання і квадруполя встановлюються на рівні 230 і 150°C відповідно. Режим сканування SCAN в межах 50-500 атомних одиниць маси (m/z). Межа визначення діючої речовини в крові становить 2,5 мкг/мл. Кількісне визначення діючої речовини сертиндолу методом високоефективної рідинної хроматографії з УФ-детекцією. Хроматографічне розділення аналіту проводиться на колонці з оберненою фазою LUNA C18(2) 100A 250 x 4,6 мм, 5 мкм при температурі термостата колонки 25°C. Склад рухомої фази: ацетонітрил – 0,5 % триетиламін (30:70), рН 3,0. Швидкість потоку рухомої фази – 1 мл/хв. Об'єм введеної проби – 10 мкл.
- Вперше описано умови виявлення та визначення даної речовини методом ГХ з мас-детектором, метод придатний для визначення токсичних концентрацій діючої речовини сертиндолу і завдяки доступності обладнання, може широко використовуватись при діагностиці отруєнь даним препаратом.
- Газова хроматографія з мас-селективним детектором, інжектор.
- Судово-медична експертиза при отруєннях сертиндолом.
- Немає.
- Не передбачається.
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
- Немає.
- Галькевич І.Й., Давидович СІ. (0322756437).

**Реєстр. № 412/5/18**

- 1. ОПТИМІЗАЦІЯ УМОВ ВИЯВЛЕННЯ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ СИЛДЕНАФІЛУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ КОМБІНОВАНИХ ОТРУЄНЬ.**
- НДР «Синтез та перетворення нових фізіологічно-активних речовин – похідних неконденсованих і конденсованих сульфур та нітрогеновмісних гетероциклічних систем, з використанням методів *in silico* моделювання, вивчення фізико-хімічних

- властивостей та проведення фармакологічного скринінгу одержаних сполук, дослідження різних видів дикорослих та культивованих рослин західного регіону України з метою одержання нових лікарських засобів, розробка технології лікарських засобів нових складів та опрацювання сучасних методик фармацевтичного та токсикологічного аналізу», 0116U004500, 2016-2020 рр.
3. Фармація, судово-медична експертиза.
  4. 2+,С.
  5. Немає.
  6. Впроваджено в профільних закладах охорони здоров'я.
  7. Власна інноваційна методика ізолювання діючої речовини силденафілу з сироватки крові методом твердофазної екстракції при діагностиці комбінованих отруень. Для дослідження відбирають 2 мл сироватки крові. Для експрес-скринінгу діючої речовини силденафілу пропонується використовувати метод хроматографії в тонкому шарі сорбенту (ТШХ), для ідентифікації та кількісного визначення – ультра-ефективну рідинну хроматографію з мас-спектрометрією (УЕРХ-МС). Кількість діючої речовини силденафілу в пробах розраховують за рівнянням градувального графіку  $Y=9,91 \cdot X-1,89$  ( $r=0,9999$ ), де  $Y$  – площа піку;  $X$  – вміст даної діючої речовини (нг/мл). При використанні зазначених у методиці умов хроматографування межа виявлення в сироватці крові – 3 нг/мл, межа кількісного визначення – 5 нг/мл. Ступінь ізолювання даної діючої речовини з сироватки крові становить  $90 \pm 0,5\%$ .
  8. Інноваційна методика дозволяє зменшити об'єм проб біоматеріалу, скоротити час аналізу та отримати високий ступінь ізолювання діючої речовини силденафілу при діагностиці комбінованих отруень.
  9. Хроматографія, мас-спектрометрія.
  10. Пацієнти з тяжкими формами серцево-судинних захворювань, які застосовують діючу речовину силденафіл одночасно з препаратами органічних нітратів, діагностика комбінованих отруень у такої групи пацієнтів.
  11. Немає.
  12. Не передбачається.
  13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
  14. Немає.
  15. Галькевич І.Й., Осипчук Л.І. (0322756437).

#### Реєстр. № 413/5/18

1. **ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ У ФОРМІ СИРОПУ ДЛЯ ОРАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ШИРОКОГО СПЕКТРА.**
2. НДР «Науково-практичне обґрунтування складу і технології лікувальних та лікувально-косметичних засобів», 0117U 002461, 2017-2021 рр.
3. Фармація.
4. 4,D.
5. Патент України на корисну модель № 120839. МПК (2017.01) А61К 9/08 (2006.01) А61К 31/00 А61К 47/00. Лікарський засіб у формі сиропу для орального застосування широкого спектра дії / Давтян Л.Л., Хомич О.О; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201703348; заявл. 07.04.2017; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Лікування остеоартрозу.
8. Розробка нових вітчизняних лікарських засобів комбінованої дії сприятиме вирішенню питання імпортозаміщення та доступності населення до нових якісних,

ефективних та безпечних ліків. Науково обґрунтований підхід до розробки складу і технології препарату у формі сиропу з глюкозаміну гідрохлоридом та левокарнітином дозволить розширити асортимент лікарських засобів з високим рівнем біодоступності. Запропонований лікарський сироп можна буде виготовляти як в умовах аптек, а також в умовах промислового виробництва.

9. Реактори для фракційного змішування, фільтри, фасувальне обладнання, прилади для визначення контролю якості лікарського засобу.
10. Використовується для лікування остеоартрозу.
11. Алергія на вхідні компоненти.
12. Алергічні реакції при довготривалому застосуванні; відміна препарату.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Давтян Л.Л., Хомич О.О.

#### Реєстр. № 414/5/18

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ РЕЖИМУ ПРИЙОМУ ПАРА-АЦЕТАМІНОФЕНОЛУ З ВРАХУВАННЯМ БІОРИТМІВ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Оптимізація фармакотерапії парацетамолом з врахуванням біоритмів активності печінки та токсичності препарату протягом доби.
8. Незважаючи на те, що парацетамол є відносно безпечним анальгетиком, при тривалому застосуванні, як уже доведено, навіть у субтоксичних дозах може призводити до розвитку масивного некрозу паренхіми печінки. Застосування парацетамолу із врахуванням циркадіанного профілю його токсичності дозволить підвищити його переносимість, що забезпечить безпечну фармакотерапію.
9. Моно та комбіновані препарати парацетамолу.
10. Пацієнтам із захворюванням печінки оптимально застосовувати парацетамол як анальгетик в нічний період з 00 до 03.00.
11. Індивідуальна непереносимість.
12. Можлива варіабельність реалізації гепатотоксичної дії парацетамолом у окремих індивідуумів.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Дрогозов С.М., Калько К.О. (0960850254), Захарко Н.В.

#### Реєстр. № 415/5/18

1. **ЗАСТОСУВАННЯ АЛКІЛОВАНИХ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ТІОЛУ ТА 1-ФЕНІЛ-1Н-ТЕТРАЗОЛ-5-ТІОЛУ ЯК ЗАСОБІВ ПРОТИВИРАЗКОВОЇ ДІЇ.**
2. НДР «Органічний синтез та аналіз БАР, розробка лікарських засобів на основі синтетичних та напівсинтетичних субстанцій», 0114U000943, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.

5. Патент України на винахід № 112867. МПК C07D 249/08 (2006.01), C07D 257/04, A61K 31/41, A61K 31/4196. Застосування алкілованих похідних 1,2,4-триазол-3-тіолу та 1-феніл-1Н-тетразол-5-тіолу як засобу проти виразкової / Георгіянц В.А., Северіна Г.І., Дрововоз С.М., Тимофеев М.П., Саїдов Н.Б., Кадамов І.М., Сааод Хайдар; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201313290, заявл. 15.11.2013; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Здійснено синтез та доведено противиразкову дію алкілованих похідних 1,2,4-триазол-3-тіолу та 1-феніл-1Н-тетразол-5-тіолу.
8. Медичний, економічний. Заявлені сполуки можуть бути одержані в умовах хіміко-фармацевтичних підприємств за доступною технологією без використання токсичних реагентів. Це дозволяє передбачити можливість їх застосування у медичній практиці як противиразкових засобів.
9. 4-(4-метоксифеніл)-5-[(4-метилфеніл)аміно]метил-4Н-1,2,4-триазол-3-тіол, хлорангідриди відповідних похідних бензойної кислоти, етиловий спирт, калію гідроксид.
10. Можливе застосування одержаних сполук у медичній практиці як противиразкових засобів після проведення клінічних та доклінічних досліджень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Георгіянц В.А., Северіна Г.І. (0572679204), Дроговоз С.М., Тимофеев М.П., Саїдов Н.Б., Кадамов І.М., Сааод Хайдар.

#### Реєстр. № 416/5/18

1. **КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведений клініко-економічний аналіз фармакотерапії дітей з функціональною диспепсією, що проходили лікування в гастроентерологічному відділенні одного з закладів охорони здоров'я м. Харкова. За допомогою АВС-аналізу проаналізована структура витрат на фармакотерапію, що призначалась пацієнтам дитячого віку з функціональною диспепсією. На ґрунті результатів частотного аналізу визначені переваги лікарів при призначенні фармакотерапії пацієнтам дитячого віку з даним захворюванням. З використанням «формального» VEN-аналізу надана оцінка ступеня відповідності реальної клінічної практики в гастроентерологічному відділенні дитячої лікарні діючим українським клінічним протоколам надання медичної допомоги пацієнтам з функціональною диспепсією та супутніми захворюваннями, що були зареєстровані в досліджуваних історіях хвороби. Співставлення результатів АВС-, VEN- та частотного аналізів дозволило оцінити якість реальної фармакотерапії, що призначалась пацієнтам дитячого віку з функціональною диспепсією в даному закладі охорони здоров'я м. Харкова, і встановити, що вона відповідає медико-технологічним документам і, в цілому, є

- раціональною з клінічної та з економічної точок зору. Запропонований варіант для подальшого вдосконалення зазначеної фармакотерапії та витрат на її проведення.
8. Очікується медичний та економічний ефект. Результати проведеного клініко-економічного аналізу реальної фармакотерапії, що призначалась дітям з функціональною диспепсією в гастроентерологічному відділенні одного з закладів охорони здоров'я м. Харкова, дозволять оптимізувати фармакотерапію як в даному відділенні, так і інших аналогічних відділеннях.
  9. Немає.
  10. Впровадження запропонованої наукової продукції щодо клініко-економічного аналізу фармакотерапії пацієнтів дитячого віку з функціональною диспепсією дасть змогу керівництву, практикуючим лікарям та клінічним провізорам як даного закладу охорони здоров'я, так і інших аналогічних закладів охорони здоров'я оцінити доцільність витрачання ресурсів на фармакотерапію захворювання, підвищити клінічну та економічну доцільність використання лікарських засобів, вдосконалити локальний формуляр лікарських засобів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
  14. Немає.
  15. Герасимова О.О. (0572658895), Мещерякова І.В.

#### Реєстр. № 417/5/18

1. **СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ ПОЛІ ФЕНОЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ З ТРАВИ ЖОРЖИНИ СОРТУ KEN'S FLAME З АНТИМІКРОБНОЮ ДІЄЮ.**
2. НДР «Фармакологічне дослідження лікарської сировини та розробка фітоерапевтичних заходів на їх основі», 0114U000946, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117559. МПК А61К 36/28, А61К 135/00 А61Р 31/4. Спосіб одержання полі фенольного комплексу з трави жоржини сорту Ken's Flame з антимікробною дією / Гонтова Т.М., Ільїнська Н.І., Чушенко В.М., Осолодченко Т.П.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201701227, заявл. 10.02.2017; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Поліфенольний комплекс на основі трави жоржини сорту Ken's Flame у формі сухого екстракту.
8. Заявлено новий спосіб одержання сухого екстракту з трави жоржини сорту Ken's Flame, який володіє антимікробною активністю та може бути використаний як субстанція при розробці для створення препаратів з протимікробною активністю.
9. Процедура розробки сухого екстракту з трави жоржини сорту Ken's Flame потребує залучення науковців технологічної спрямованості.
10. Субстанція для створення препаратів з антимікробною активністю.
11. Немає.
12. Можлива індивідуальна непереносимість окремих БАР сухого екстракту з трави жоржини сорту Ken's Flame.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Гонтова Т.М., Ільїнська Н.І. (0501644901), Чушенко В.М., Осолодченко Т.П.



#### Реєстр. № 418/5/18

1. **ЕТИЛ-[2-(2-АМІНО-3-ЦІАНО-5,5-ДІОКСИДИНО-4Н-ПІРАНО[3,2-С])[1,2]БЕНЗОКСАТІЇН-4-ІЛ)ФЕНОКСІ]АЦЕТАТ, ЩО ВИЯВЛЯЄ ГЕМОСТАТИЧНУ АКТИВНІСТЬ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 128232. МПК (2018.01) А61К 31/00, А61Р 7/00, С07D 411/00. Етил-[2-(2-аміно-3-ціано-5,5-діоксидино-4Н-пірано[3,2-с])[1,2]бензоксатіїн-4-іл)феноксі]ацетат, що виявляє гемостатичну активність / Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М., Каленіченко Г.С., Черних В.П., Шевчук Л.А.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201802747; заявл.19.3.2018; опубл.10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Етил-[2-(2-аміно-3-ціано-5,5-діоксидино-4Н-пірано[3,2-с])[1,2]бензоксатіїн-4-іл)феноксі]ацетат, що виявляє гемостатичну активність, яка може бути використана як діюча речовина у складі фармацевтичних препаратів для медикаментозної терапії захворювань, що супроводжуються кровотечами.
8. Медичні та економічні. Корисна модель може бути використана при створенні нових лікарських засобів для лікування гострих або хронічних патологічних станів, що супроводжуються кровотечею, яка виникла в результаті порушення нормального функціонування системи згортання крові, зовнішніх факторів або захворювань внутрішніх органів та систем організму, що супроводжується кровотечею.
9. Вивчення гемостатичної активності встановлювали методом Бюркера.
10. Етил-[2-(2-аміно-3-ціано-5,5-діоксидино-4Н-пірано[3,2-с])[1,2]бензоксатіїн-4-іл)феноксі]ацетат, що виявляє гемостатичну активність, яка може бути використана як діюча речовина у складі фармацевтичних препаратів для медикаментозної терапії захворювань, що супроводжуються кровотечами.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М., Каленіченко Г.С. (0577063073), Черних В.П., Шевчук Л.А.

#### Реєстр. № 419/5/18

1. **ДОБОВІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ АНТРАЛЮ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Встановлений хронопрофіль гепатопротекторної активності антралю з максимумом вранці (09.00) та ввечері (21.00), що було визначено на основі експериментальних даних із врахуванням інвертованості організації циркадіанних ритмів (12 година протифазність) від гризунів до людей.

8. Застосування антралю із врахуванням добових особливостей гепатопротекторної активності, дозволить підвищити терапевтичну ефективність та покращити профіль безпеки останнього. Це в своє чергу має соціальні (зростає комплаєнтність пацієнтів) та фармакоекономічні (прийом препарату в акрофазу його активності дозволяє зменшити кількість прийомів і як наслідок витрати на лікування) переваги.
9. Лікарський препарат з дієчою речовиною антраль.
10. В складі комплексної терапії токсичних гепатитів.
11. Індивідуальна непереносимість препарату.
12. Можлива варіабельність гепатопротекторної активності антралем у окремих індивідуумів.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Калько К.О. (0960850254), Міщенко О.Я., Дрогвоз С.М.

### Реєстр. № 420/5/18

1. **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАСІБ З ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЮ ТА ХОЛЕКІНЕТИЧНОЮ ДІЄЮ З ТРАВИ ПИЖМА ЗВИЧАЙНОГО.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123024. МПК А61К 36/23 (2006.01), А61К 135/00, А61Р 1/16 (2006.01). Лікувально-профілактичний засіб з гепатопротекторною та холекінетичною дією з трави пижма звичайного / Калько К.О., Деримедвідь Л.В., Золотайкіна М.Ю., Гонтова Т.М.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201707213; заявл. 10.07.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Лікувально-профілактичний засіб з гепатопротекторною та холекінетичною дією на основі рослинної сировини виконаний у формі рідкого екстракту трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*).
8. Встановлена гепатопротекторна та холекінетична дія рідкого екстракту трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*) відкриває перспективи розробки на основі екстракту лікарського препарату (мікстура). Використання в клінічній практиці біологічно активних речовин (БАР) трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*) у формі мікстури вигідно відрізняється від такого у формі настою, оскільки підвищує терапевтичну ефективність лікування, комплаєнтність пацієнтів та є фармакоекономічно доцільним.
9. Процедура розробки мікстури на основі рідкого екстракту трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*) потребує залучення науковців технологічної спрямованості.
10. Лікування захворювань гепатобіліарної системи із холестатичним компонентом.
11. Лікарський препарат на основі рідкого екстракту трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*) пропонується застосовувати як допоміжний засіб у складі комплексної терапії захворювань гепатобіліарної системи із холестатичним компонентом, а не в якості базової терапії.
12. Можлива індивідуальна непереносимість окремих БАР рідкого екстракту трави пижма звичайного (*Tanacetum vulgare*).
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Калько К.О. (0960850254), Деримедвідь Л.В., Золотайкіна М.Ю., Гонтова Т.М.

#### Реєстр. № 421/5/18

- 1. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ БІОДОСТУПНОСТІ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ.**
- НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
- Фармація, промислова фармація.
- 2++,С.
- Немає.
- Немає.
- На ступінь біодоступності впливає рівень та швидкість розчинення, в зв'язку з чим при фармацевтичній розробці приділяється багато уваги їх підвищенню. Для вирішення цієї проблеми використовується ряд методів, які можна умовно розділити на фізичні і хімічні типи модифікування. Для раціонального вибору технології препарату з оптимальними біофармацевтичними властивостями необхідна систематизація вже відомих способів підвищення біодоступності АФІ з характерними особливостями перебігу процесу.
- Дані методичні рекомендації видаються в Україні вперше й призначені для наукових і практичних працівників фармацевтичного та медичного сектору галузі охорони здоров'я, а також можуть бути використані як додатковий інформаційний матеріал здобувачами вищої освіти другого (магістрського) і третього (освітньо-наукового) рівнів вищої освіти та слухачами підвищення кваліфікації вищих навчальних фармацевтичних та медичних закладів.
- Кваліфіковані кадри.
- Даний метод може бути використано науковими і практичними працівниками фармацевтичного та медичного сектору галузі охорони здоров'я, при розробці твердих лікарських препаратів.
- Немає.
- Немає.
- Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
- Немає.
- Ковалевська І.В. (0671743562), Рубан О.А.

#### Реєстр. № 422/5/18

- 1. ТВЕРДІ ДИСПЕРСІЇ У ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.**
- НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
- Фармація, промислова фармація.
- 2++,С.
- Немає.
- Немає.
- У методичних рекомендаціях наводиться класифікація твердих дисперсій, виходячи з якої, можна визначити аспекти їх стабільності (умови кристалізації, температура скляного переходу (T<sub>g</sub>), співвідношення та вид носія, молекулярна рухливість, аспекти розчинності тощо). Крім того, надається характеристика методів отримання та механізм утворення твердих дисперсій.
- Надана характеристика, класифікація, технологія методів отримання твердих дисперсій. Використовуючи отримані результати можна отримати тверді дисперсії з різними носіями, збільшити швидкість та абсорбцію АФІ, забезпечити стабільність

- лікарської форми та створювати препарати модифікованої дії. дозволить отримати тверді.
9. Кваліфіковані кадри.
  10. Даний метод може бути використано науковими і практичними працівниками фармацевтичного та медичного сектору галузі охорони здоров'я при розробці твердих лікарських препаратів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
  14. Немає.
  15. Ковалевська І.В. (0671743562), Рубан О.А.

### Реєстр. № 423/5/18

1. **ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ У ФОРМІ ТАБЛЕТОК З ГІПОГЛІКЕМІЧНОЮ ДІЄЮ.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичне дослідження лікарських засобів на основі природної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120549. МПК А61К 38/46, А61К 36/00, А61К 9/20, А61Р 3/10. Фармацевтична композиція у формі таблеток з гіпоглікемічною дією / Ковалевська І.В., Рубан О.А., Кононенко Н.М., Чікіткіна В.В.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201704360; заявл. 03.05.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Розробка складу і технології комбінованого препарату для профілактики і лікування цукрового діабету I та II типів на основі твердої дисперсії кверцетину та воглібозу, зменшення розвитку супутніх патологій.
8. Запропоновано інноваційний підхід до створення таблетованої лікарської форми з використанням твердих дисперсій, отриманих методом плавлення з частковим видаленням розчинника. Що дозволяє підвищити біодоступність важкорозчинних активних фармацевтичних інгредієнтів.
9. Обладнання, що використовується для отримання твердих лікарських форм.
10. Лікування цукрового діабету 1- і 2-го типів; профілактика цукрового діабету 2-го типу у пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози, профілактика розвитку ускладнень.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини або будь-якого іншого компонента препарату. Діабетичний кето ацидоз, діабетична прекома, діабетична кома. Тяжкі інфекційні захворювання. Серйозні хірургічні операції і травми. Патологічні стани та захворювання кишечника, які можуть погіршуватися за умов посиленого газоутворення (запальні захворювання кишечника, ерозивно-виразкові зміни кишечника, повна або часткова кишкова непрохідність тощо). Тяжкі патологічні стани та захворювання кишечника, які супроводжуються порушеннями травлення та всмоктування.
12. Необхідно підтримувати технологічні параметри виробництва.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Ковалевська І.В. (0671743562), Рубан О.А., Кононенко Н.М., Чікіткіна В.В.

#### Реєстр. № 424/5/18

- 1. КІЛЬКІСНЕ ВИЗНАЧЕННЯ СУМИ АМІНОКИСЛОТ У СИРОВИНІ КВАСОЛІ ЗВИЧАЙНОЇ СТУЛОК ПЛОДІВ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ.**
- НДР «Розробка нових і удосконалення існуючих методів аналізу лікарських засобів для виявлення субстандартної та фальсифікованої продукції», 0114U000952, 2014-2018 рр.
- Фармація.
- 2++,С.
- Немає.
- Немає.
- Методика може бути використана для кількісного визначення суми амінокислот досліджуваної сировини в умовах роботи контрольно-аналітичних лабораторій з метою забезпечення контролю якості квасолі звичайної стулок плодів.
- Спосіб є простим, економічним і легко відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів.
- Досліджуваний зразок, спектрофотометр, сито 355 мкм, ультразвукова баня, кристалізатор, фільтрувальний папір, фільтр «синя стрічка», мірні колби, циліндри, піпетки, етанол (20 %, об/об), вода Р, фосфатний буфер рН 6,8 Р1, 1 % розчин нінгідриду у етанолі, 0,05 % розчин аскорбінової кислоти, стандартний зразок аргініну.
- Контроль якості лікарських засобів. Кількісне визначення суми амінокислот у сировині квасолі звичайної стулок плодів методом спектрофотометрії.
- Немає.
- Немає.
- Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
- Немає.
- Крюкова А.І. (0967877364), Губарь С.М., Владимірова І.М.

#### Реєстр. № 425/5/18

- 1. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦІЇ.**
- НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
- Фармація.
- 2+,С.
- Немає.
- Немає.
- Високі темпи росту фармацевтичної галузі, імплементація Україною європейських норм у сфері виробництва, реєстрації та обігу лікарських засобів, необхідність розробки вітчизняних оригінальних препаратів, високий рівень конкуренції серед фармовиробників на фармацевтичному ринку України, обумовлюють необхідність опрацювання методичних підходів до регламентації процесу комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності у фармації згідно з вимогами GLP, GCP, GMP, ICH Q8, Q9, Q10. Побудовано процесну модель комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності у фармації. Використання різних механізмів комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності дозволяє досягти компаніям безсумнівних конкурентних переваг, забезпечує реалізацію майнових прав розробників, а також комерційні переваги для продовження інноваційної діяльності.

8. Очікуваний соціально-економічний ефект: удосконалення патентно-ліцензійної стратегії фармацевтичних компаній, ЗВО медичного та фармацевтичного профілю, наукових установ в галузі комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності.
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.
10. Впровадження запропонованих методичних підходів щодо побудови системи управління комерціалізацією об'єктів інтелектуальної власності сприятиме більш повному задоволенню потреб споживачів у високоякісних, ефективних, безпечних та доступних вітчизняних препаратах.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Літвінова О.В. (0577718147), Посилкіна О.В.

#### Реєстр. № 426/5/18

1. **ВИКОРИСТАННЯ РОСЛИННОГО ЕКСТРАКТУ З КОРЕНЯ СОЛОДКИ У ЯКОСТІ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ТА ПРОТИАЛЕРГІЧНОГО ЗАСОБУ ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЧНОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТУ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання рослинного екстракту з кореня солодки у якості протизапального та протиалергічного засобу при лікуванні алергічного контактного дерматиту.
8. Використанні рослинного екстракту з кореня солодки у якості протизапального та протиалергічного засобу при лікуванні алергічного контактного дерматиту. Пропонується для впровадження в практичну діяльність кафедр фармакології, клінічної фармакології, клінічної фармації, технології лікарських засобів, фармакогнозії, хімії природних сполук, лабораторіям НДІ, які займаються створенням та доклінічним дослідженням засобів для лікування запальних захворювань шкіри.
9. Етиловий спирт, розчин барвника азур еозина за Романовським.
10. У якості протизапального та протиалергічного засобу при лікуванні алергічного контактного дерматиту.
11. Індивідуальна гіперчутливість.
12. При нанесенні у дозах, що перевищують рекомендовані можливі: гіперемія, зуд.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Малоштан Л.М., Шакіна Л.О. (0955023226).

#### Реєстр. № 427/5/18

1. **АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ДАНИМИ УКРАЇНСЬКОГО ТА БРИТАНСЬКОГО ФОРМУЛЯРІВ.**

2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 4,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Представлені результати порівняльного аналізу підходів до терапії хворих на серцево-судинні захворювання, які зазначені у Державному формулярі лікарських засобів України та Національному Британському формулярі, а також систем реімбурсації вартості ЛЗ в Україні та Великобританії.
8. Підвищення напрямків доступності фармакотерапії в Україні шляхом розробки концепції раціонального використання ЛЗ з впровадженням системи медичного страхування.
9. Комп'ютерна інформаційна система.
10. У розробці відповідної законодавчо-нормативної та правової бази щодо розробки шляхів підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення окремих категорій хворих, у практичній діяльності закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Некоректне тлумачення результатів проведеного дослідження.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Немченко А.С., Куриленко Ю.Є. (0572679170).

#### Реєстр. № 428/5/18

1. **ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0103U000479, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 4,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Представлені результати опитування медичних та фармацевтичних працівників з проблем реалізації Урядових програм щодо державного регулювання цін та доступності лікарських засобів.
8. Підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення через удосконалення механізмів державного регулювання цін на лікарські засоби та показників їх доступності.
9. Комп'ютерна техніка та програмне забезпечення.
10. У розробці відповідної законодавчо-нормативної та правової бази щодо розробки шляхів підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення окремих категорій хворих, у практичній діяльності закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Некоректне тлумачення результатів проведеного дослідження.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є. (0572679170).

#### Реєстр. № 429/5/18

1. **ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ АВС- ТА VEN-АНАЛІЗІВ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 4,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Представлена оцінка стану фармацевтичного забезпечення хворих на серцево-судинні захворювання за допомогою АВС, VEN та комплексного АВС/VEN аналізів.
8. За результатами проведеного комплексного АВС/VEN аналізів стану фармацевтичної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання виявлені найбільш ефективні та доступні ліки, які не включені до Національного переліку основних лікарських засобів та Урядових програм реімбурсації, зокрема програми «Доступні ліки».
9. Комп'ютерна інформаційна система.
10. У розробці відповідної законодавчо-нормативної та правової бази щодо підвищення доступності лікарських засобів та подальшого перегляду й розширення переліку ліків, що підлягають реімбурсації у рамках Урядових програм.
11. Немає.
12. Некоректне тлумачення результатів проведеного дослідження.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є. (0572679170).

#### **Реєстр. № 430/5/18**

1. **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАСІБ ІЗ ПРОТИСУДОМНОЮ ДІЄЮ НА ОСНОВІ РОСЛИНОЇ СИРОВИНИ.**
2. НДР «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 0114U000946, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 110618. МПК А61К 36/67, А61Р 25/08. Лікувально-профілактичний засіб із протисудомною дією на основі рослиної сировини / Прокопенко Ю.С.; Міщенко В.А.; Георгіянц В.А.; Таран А.В.; заявник і патентовласник НФаУ. – № а2013016064; заявл. 11.02.2013; опубл. 25.01.2016. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Засіб рослинного походження, а саме сухий екстракт трави перцю однорічного (*Capsicum annuum* L.), що проявляє протисудомну дію і може бути використаний як з метою лікування, так і з метою профілактики. Засіб відзначається м'якою дією та низькою токсичністю.
8. Характеризується відносною простотою технологічного процесу одержання й зручністю у використанні. Одержується з доступної сировини за простим способом, який може бути здійснено в умовах хіміко-фармацевтичних виробництв за допомогою стандартного обладнання.



9. Трава перцю однорічного (*Capsicum annuum* L.), спирт етиловий 40%, сито, екстрактор, вакуум-випарний апарат.
10. Засіб рослинного походження з протисудомною дією, який може бути використаний як з метою лікування, так і з метою профілактики.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Прокопенко Ю.С. (0572679197), Міщенко В.А., Георгіянц В.А., Таран А.В.

#### **Реєстр. № 431/5/18**

1. **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАСІБ ІЗ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЮ ДІЄЮ З ЛИСТЯ КИЗИЛУ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 113407. МПК А61К 36/40, А61Р 3/10. Лікувально-профілактичний засіб із гіпоглікемічною дією з листя кизилу / Рибак В.А., Криворучко О.В., Малоштан Л.М., Самойлова В.А., Ковальов В.М.; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201314667; заявл. 16.12.2013; опуб. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Обґрунтування використання лікувально-профілактичного засібів із гіпоглікемічною дією з листя кизилу.
8. Медичні та економічні. Лікувально-профілактичний засіб із гіпоглікемічною дією на основі рослинної сировини, який відрізняється тим, що виконаний у формі сухого спирто-водного екстракту з листя кизилу.
9. Гіпоглікемічну активність спирто-водного екстракту листя кизилу вивчали на моделі перорального глюкозотолерантного тесту на 20 кролях породи шиншила.
10. Винахід належить до гіпоглікемічних засобів рослинного походження, що впливають на вміст глюкози в крові при лікуванні захворювань, пов'язаних з порушенням обмінних процесів, таких як цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Рибак В.А. (0577063073), Криворучко О.В., Малоштан Л.М., Самойлова В.А., Ковальов В.М.

#### **Реєстр. № 432/5/18**

1. **ЕНТЕРОСОРБЕНТ НА ОСНОВІ ЦЕОЛІТУ ПРИРОДНОГО.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125336. МПК (2018.01) А61К 9/20 (2006.01), С01В 33/26 (2006.01), А61Р 1/00. Ентеросорбент на основі цеоліту природного

/Рибачук В.Д., Рубан О.А., Краснопорова А.П., Юхно Г.Д.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201711108; заявл. 13.11.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.

6. Немає.
7. Пропонується комбінований склад та технологія таблеток, з високою активністю по відношенню до токсичних елементів, для лікування та для профілактики отруєнь (радіонуклідами, важкими металами та лікарськими препаратами, а також побутовими, промисловими та харчовими отрутами), лікування та попередження захворювань що супроводжуються ендотоксикозом. Діючими та допоміжними речовинами якої є субстанції цеоліту природного, лактози моногідрат, мікрокристалічної целюлози, крохмалю картопляного, стеарату кальцію та кремнію діоксиду.
8. Впровадження запропонованого складу і технології ентеросорбенту на основі цеоліту природного дозволить більш ефективно використовувати сорбційну активність діючої речовини для лікування отруєнь та захворювань, що супроводжуються ендотоксикозом та, забезпечить можливість якісного приготування лікарського засобу.
9. Цеоліт природний, лактоза, мікрокристалічна целюлоза, крохмаль картопляний, стеарат кальцію, кремнію діоксид, лабораторні ваги, сито, скляні стакани та палички, ступка з товкачиком, сушарка полична, лабораторний таблетковий прес, баночки з кришками.
10. Може бути рекомендований для лікування отруєнь та захворювань, що супроводжуються ендотоксикозом.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів, вагітність, період годування груддю, період загострення виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Науково-дослідний інститут хімії при Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна. 61022 м. Харків, майдан Свободи, 4, тел. (057) 707-54-31.
15. Рибачук В.Д. (0638238431), Рубан О.А., Краснопорова А.П., Юхно Г.Д.

#### Реєстр. № 433/5/18

1. **ЕНТЕРОСОРБЕНТ НА ОСНОВІ ЦЕОЛІТУ ПРИРОДНОГО У ФОРМІ ПАСТИ.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125360. МПК (2018.01) А61К 9/00, А61К 36/00, А01G 24/13 (2018.01), С01В 33/46 (2006.01), А61Р 1/00. Энтеросорбент на основі цеоліту природного у формі пасти / Рибачук В.Д., Краснопорова А.П., Юхно Г.Д.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201711379; заявл. 20.11.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Пропонується комбінований склад та технологія пасти з високою сорбційною активністю для лікування та попередження отруєнь радіонуклідами, важкими металами, лікарськими препаратами, побутовими, промисловими та харчовими отрутами. Діючими та допоміжними речовинами якої є субстанції кремнію діоксиду, цеоліту природного, гліцерину, сорбіту та кислоти сорбінової.

8. Впровадження запропонованого складу і технології ентеросорбенту в формі пасти дозволить розширити асортимент препаратів перорального застосування, в тому числі за допомогою зонду, для лікування та профілактики отруєнь, та забезпечить можливість якісного приготування лікарського засобу.
9. Фармацевт, кремнію діоксид, цеоліту природний, гліцерин, сорбіт, кислота сорбінова, лабораторні ваги, сито, скляні стакани та палички, ступка з товкачиком, баночки з кришками.
10. Може бути рекомендований для лікування отруєнь та захворювань, що супроводжуються ендотоксикозом.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів. Абсолютним протипоказанням є вагітність, період годування груддю, період загострення виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Науково-дослідний інститут хімії при Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна. 61022 м. Харків, майдан Свободи, 4, тел. (057) 705-12-47.
15. Рибачук В.Д. (0638238431), Рубан О.А., Краснопорова А.П., Южно Г.Д.

#### Реєстр. № 434/5/18

1. **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАСІБ, ЯКИЙ ПРОЯВЛЯЄ СОРБУЮЧУ, АНТИМІКРОБНУ ТА ЗНЕБОЛЮЮЧУ ДІЮ.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127601. МПК (2018.01) А61К 9/14 (2006.01), А61К 31/351 (2006.01), С01В 39/00, А61К 38/08 (2006.01), А61К 38/12 (2006.01), А61Р 31/02 (2006.01), А61Р 31/04 (2006.01). Лікувально-профілактичний засіб, який проявляє сорбуючу, антимікробну та знеболюючу дію / Рибачук В.Д., Рубан О.А., Філімонова Н.І.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201802786; заявл. 19.03.2018; опубл. 10.08.2018, Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Пропонується комбінований склад та технологія порошку для нашкірного використання (присипки), з сорбуючою, антимікробною та знеболюючою дією. Діючими та допоміжними речовинами якого є субстанції Неоміцину сульфату, Поліміксину В сульфату, піромекаїну, цеоліту природного, кремнію діоксиду.
8. Впровадження запропонованого складу та технології порошку для нашкірного використання (присипки) сорбуючої, антимікробної та знеболюючої дії дозволить розширити спектр фармакологічної активності комплексу діючих речовин і забезпечить можливість якісного приготування лікарського засобу.
9. Фармацевт, Неоміцину сульфат, Поліміксин В сульфат, Піромекаїн, цеоліт природний, кремнію діоксид, лабораторні ваги, сито, ступка з товкачиком, флакони-крапельниці.
10. Може бути рекомендований для лікування та профілактики захворювань шкіри, що супроводжуються інфікуванням, гнійним запаленням.
11. Індивідуальна непереносимість компонентів. Абсолютним протипоказанням є вагітність та період годування груддю. Не застосовувати на великі пошкоджені ділянки шкіри і варикозні виразки.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології.

13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Рибачук В.Д. (0638238431), Рубан О.А., Філімонова Н.І.

#### Реєстр. № 435/5/18

1. **СПОСІБ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛИШКОВИХ КІЛЬКОСТЕЙ РИБОКСИНУ.**
2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 114269. МПК G01J 3/42 (2006.01). Спосіб спектрофотометричного визначення залишкових кількостей рибоксину / Росада М.В., Бевз Н.Ю., Георгіянц В.А.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201607285; заявл. 05.07.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Застосування спектрофотометричного методу для визначення залишкових кількостей рибоксину за довжини хвилі 249 нм з розрахунком кількісного вмісту рибоксину за методом стандарту. Запропонована методика може бути використана для визначення залишку рибоксину на поверхні технологічного обладнання.
8. Спосіб є простим і відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів кількісного визначення і може бути використаний для контролю якості очищення промислового обладнання після виготовлення у виробництві лікарських форм з рибоксином.
9. Змиви з поверхонь фармацевтичного обладнання, вода дистильована, аналітичні ваги, мірний посуд, СЗ рибоксину, спектрофотометр.
10. Контроль якості очищення промислового обладнання після використання рибоксину у виробництві лікарських форм.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Росада М.В., Бевз Н.Ю. (0572679204), Георгіянц В.А.

#### Реєстр. № 436/5/18

1. **ЗАСТОСУВАННЯ СПОСОБУ ЕКСТРАЦІЙНО-ФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ГІДРОКОРТИЗОНУ БУТИРАТУ В СКЛАДІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОЇ КОМБІНОВАНОЇ МАЗІ.**
2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 124688. МПК G01N 33/15, G01J 3/12. Спосіб спектрофотометричного визначення гідрокортизону бутирату в мазі аптечного виготовлення в присутності нітрофуралу та прокаїну гідро хлориду / Савченко Л.П.; Вракін В.О.; Грудько В.О.; Георгіянц В.А.; заявник і патентовласник НФаУ. – № u201707297; заявл. 11.07.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.

7. Застосування спектрофотометричного у видимій ділянці методу для кількісного визначення гідрокортизону бутирату в комбінованих екстемпоральних лікарських засобах у формі мазі. Валідаційні характеристики заявленого методу свідчать, що він характеризується правильністю, прецизійністю та лінійністю в досліджуваному діапазоні застосування.
8. Спосіб є простим і відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів кількісного визначення і може бути використаний для аналізу якості екстемпоральної мазі в умовах аптек та лабораторій з контролю якості лікарських засобів.
9. Досліджувана мазь, гідрокортизону бутират, метанол, фенілгідрозин, кислота сульфатна, кислота оцтова льодяна, вода дистильована, мірна колба, фільтр, спектрофотометр.
10. Контроль якості лікарських засобів. Визначення кількісного вмісту гідрокортизону бутирату спектрофотометричним методом у комбінованій мазі аптечного виготовлення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Савченко Л.П. (05727319276), Вракін В.О., Грудько В.О., Георгіянц В.А.

#### Реєстр. № 437/5/18

1. **ВЕРИФІКОВАНІ МЕТОДИКИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТА КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АФІ МАЗІ СИМАНОВСЬКОГО.**
2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Описані верифіковані та валідовані методики ідентифікації фенілефрину гідрохлориду, цинку оксиду та ментолу в мазі Симановського та методики кількісного визначення фенілефрину гідрохлориду (методом спектрофотометрії в УФ-області) і цинку оксиду (методом комплексонометрії).
8. Методики є простими та легко відтворюваними. Можуть бути використані для аналізу якості екстемпоральної мазі в умовах виробничих аптек та лабораторій з контролю якості лікарських засобів.
9. Досліджувана мазь, фенілефрину гідрохлорид, цинку оксид, ментол, 0,1 М розчин хлористоводневої кислоти, 0,1 М розчин натрію едетату, ксиленолового оранжевого індикаторна суміш, азотна кислота розведена, срібла нітрату розчин, аміаку розчин, сірчана кислота, хлористоводнева кислота розведена, калію фероціаніду розчин, оцтова кислота розведена, гексаметилентетрамін, вода дистильована, мірна колба, фільтр, спектрофотометр.
10. Контроль якості лікарських засобів. Контроль якості мазі Симановського за сучасними вимогами.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.

**Реєстр. № 438/5/18**

1. **ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ГАЛУЗЕВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОГО АСОРТИМЕНТУ ЛІКІВ НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. У матеріалі представлені результати систематизації досвіду функціонування галузевого регулювання фармацевтичного ринку у напрямку формування соціально орієнтованого асортименту ліків у країнах ЄС. Визначені рівні та окреслені переваги й недоліки функціонування розгорнутої (множинної) та вертикальної (централізованої) моделі галузевого регулювання обігом ліків та асортиментною політикою на фармацевтичному ринку у країнах ЄС. Встановлено, що регулювання асортиментної політики на фармацевтичному ринку у країнах ЄС здійснюється на всіх етапах просування ліків по товаропровідному ланцюгу з використанням комплексу інструментаріїв. У свою чергу, регулювання процесом формування соціально орієнтованого асортименту ліків на етапі їх споживання реалізується відповідно до рівнів надання фармацевтичної допомоги населенню. Авторами сформульовані основні завдання та принципи ефективної реалізації соціально орієнтованої асортиментної політики на вітчизняному фармацевтичному ринку на всіх етапах товаропровідної мережі просування ліків та у відповідності до рівнів надання фармацевтичної допомоги.
8. Регулювання процесом формування соціально орієнтованого асортименту ліків на фармацевтичному ринку за умов реформування вітчизняної охорони здоров'я та соціально-економічної кризи у державі повинно здійснюватися за широким спектром державного впливу, насамперед за методами непрямого впливу на різні аспекти фармацевтичної діяльності за допомогою комплексу механізмів (ціноутворення, оподаткування, страхування, інвестування, кредитування), а також з урахуванням рівнів надання фармацевтичної допомоги населенню. Запропонована концептуальна модель галузевого регулювання фармацевтичного ринку у напрямку формування соціально орієнтованої асортиментної політики як власна розробка. Охарактеризовані принципи ефективної реалізації соціально орієнтованої асортиментної політики на вітчизняному фармацевтичному ринку. Позитивним проявом будуть слугувати переваги медичного та соціального характеру, а також економічні показники.
9. Наявний кадровий штат провізорів, маркетологів, менеджерів.
10. Теоретико-прикладні підходи до удосконалення галузевого регулювання процесу формування соціально орієнтованого асортименту ліків на вітчизняному фармацевтичному ринку на цю тему підготовлені вперше та призначені для практичного використання органами галузевого та територіального управління, у професійній діяльності громадських фармацевтичних (аптечних) організацій (палат), а також керівниками аптечних мереж, обласних і районних територіальних управлінь (відділів) охорони здоров'я та фармації. Будуть корисні студентам, магістрантам, інтернам, аспірантам, докторантам та викладачам вищих медичних й фармацевтичних навчальних закладів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
15. Самборський О.С. (0342585121), Слободянюк М.М., Євтушенко О.М.

#### **Реєстр. № 439/5/18**

1. **СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАУКОВО МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗШИРЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ В АПТЕКАХ УКРАЇНИ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. В даних методичних рекомендаціях наведено результати дослідження сучасного стану екстемпорального виготовлення ліків за кордоном та в Україні, узагальнено асортимент ЕЛЗ, висвітлено організаційно-економічні аспекти виготовлення ліків у вітчизняних аптеках та основні напрямки щодо підвищення ролі аптечного виробництва та його розширення.
8. Використання запропонованих положень, підходів та методик дозволить обґрунтовано та комплексно задіювати механізми покращення умов щодо екстемпорального виготовлення ліків в умовах аптек. Запропоновані для вибору найбільш використані рецептури таких лікарських форм. Виділено сучасні новітні технології лікарських форм, що широко використовуються в аптечному виробництві та лікувальному процесі закордонних країн. Проявом будуть слугувати переваги медичного та соціального характеру, а також економічні показники.
9. Наявний кадровий штат провізорів, маркетологів, менеджерів.
10. Запропоновані науково-методичні підходи можуть бути базою для організації нових виробничих відділів в аптеках загального типу та розширення асортименту екстемпоральних ліків та лікарських форм в лікарняних та міжлікарняних (госпітальних) аптеках. Методичні рекомендації на цю тему підготовлені вперше та призначені для практичного використання керівниками аптек, завідуючих рецептурно-виробничих відділів та відділу запасів, продукт-менеджерів, працівників служб маркетингу, фахівців, які займаються аптечним виробництвом лікарських засобів. Будуть корисні студентам, магістрантам, інтернам, аспірантам, докторантам та викладачам вищих медичних й фармацевтичних навчальних закладів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
15. Самборський О.С. (0342585121), Слободянюк М.М., Євтушенко О.М.

#### **Реєстр. № 440/5/18**

1. **ТЕХНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВІ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ.**

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Лікарська сировина є багатим природним джерелом комплексу есенціальних сполук, передусім біофлавоноїдів, які значною мірою визначають стан здоров'я людини, її здатність швидко адаптуватись до змін навколишнього середовища, підтримувати інтелектуальну та фізичну працездатність. Поряд з лікарськими речовинами до складу лікарських засобів входять допоміжні речовини, необхідні для приготування лікарських засобів в готовій лікарській формі. В методичних рекомендаціях наведено дані експериментальних досліджень з вибору допоміжних речовин і технології отримання таблеток на основі сухого екстракту за допомогою математичного планування експерименту. Розглянуто особливості процесу пресування та чинники, які впливають на якість отриманих таблеток.
8. Застосовано метод математичного планування при розробці таблеток, як найбільш сучасного методу для визначення раціонального складу таблеток. Використано оцінювання процесу пресування за чинниками, які впливають на цей процес та якість одержаного продукту.
9. Кваліфіковані кадри.
10. Метод може використовуватись науковими та практичними працівниками фармацевтичного та медичного сектору галузі охорони здоров'я при розробці нових твердих лікарських препаратів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Сліпченко Г.Д. (0957355942), Рубан О.А.

#### **Реєстр. № 441/5/18**

1. **ТЕХНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ КАПСУЛ НА ОСНОВІ НАТИВНОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Всмоктування лікарських засобів при різних шляхах введення в основному відбувається за рахунок пасивної дифузії через мембрани клітин, шляхом фільтрації через пори мембран і піноцитозу). Фактори, що впливають на всмоктування: розчинність речовини у воді і ліпідах, полярність молекули, величина молекули, рН середовища, лікарська форма; біодоступність (кількість незміненої речовини в плазмі крові відносно початкової дози препарату), що враховує втрати речовини при всмоктуванні з шлунково-кишкового тракту і при першому проходженні через печінковий бар'єр. Нами в методичних рекомендаціях експериментально досліджено біодоступність флавоноїдів в подрібненому порошку коренів та кореневищ шоломниці байкальсько з використанням біоревалентних середовищ методом спектрофотометрії.



8. Використано метод спектроскопії з використанням біоревалентних середовищ, які дозволяють моделювати поведінку, розчинення і адсорбцію лікарських засобів в шлунково-кишковому тракті пацієнта для вивчення біодоступності, як найбільш актуального методу.
9. Кваліфіковані кадри
10. Даний метод може бути використано науковими і практичними працівниками фармацевтичного та медичного сектору галузі охорони здоров'я при розробці твердих лікарських препаратів
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Сліпченко Г.Д. (0957355942), Рубан О.А.

#### Реєстр. № 442/5/18

1. **УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИМ ПРОЦЕСОМ РОЗРОБКИ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНИМ ПРОЕКТОМ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. У матеріалі представлені результати проведених досліджень складових технологічного процесу розробки нових ЛЗ, як складного інноваційно спрямованого комплексу хімічних, технологічних, фармакологічних, маркетингових, медичних, економічних та інших досліджень. Показано, що він представляє собою високо-вартісний та довготривалий соціально важливий проект зі значною невизначеністю результатів, високими ризиками, потребує ефективного управління, прогнозування індикаторів якості й ефективності ЛЗ, спрямованості одержання необхідних економічних показників проекту. Прогнозування необхідних індикаторів та показників якості ЛЗ, ефективності та інвестиційної привабливості, а потім і практичну реалізацію проекту з розробки та використання нового ЛЗ, рекомендується здійснювати на основі формування «дорожньої карти». «Дорожня карта» стає умовною сукупністю об'єктивно необхідних дій та кроків, їх послідовності та коригування у досягненні заданих показників. Це дозволить не лише обґрунтовано приймати управлінські рішення, а й створювати цільові наскрізні логістичні ланцюги в інноваційному процесі, розробляти підсилюючі плани та проекти (наприклад, маркетингова програма, програма лояльності та ін.) комплексного їх виконання.
8. Науково обґрунтоване спрямування діяльності всіх виконавців на реалізацію цілісного інноваційного проекту щодо розробки нових лікарських засобів, як єдиного продукту, висвітлить суттєві ризики, прискорить виконання загальних робіт та, що дуже важливо, суттєво збільшить обґрунтування доцільності такого соціально орієнтованого проекту при трьох варіантах (базовому, як найбільш ймовірному, оптимістичному та песимістичному) сценаріїв розвитку подій. Запропоновано використання дорожньої карти, яка дозволяє формувати загально задані індикатори якості та ефективності ЛЗ, конкретні економічні показники та інвестиційну привабливість проекту. Одночасно вона дає і змогу контролювати виконання проекту. Найбільш важливими фінансово-економічними показниками

- проекту виступають ємність ринку, рентабельність виробництва ЛЗ, обсяги продажу, дисконтований термін повернення інвестицій (DPB), чисте сучасне значення грошового потоку (NPV), внутрішня норма прибутковості (IRR), дохідність інвестованого капіталу (ROI). Позитивним проявом будуть слугувати переваги медичного та соціального характеру, а також економічні показники.
9. Наявний кадровий штат провізорів, маркетологів, менеджерів.
  10. Удосконалення управління технологічним процесом розробки нових лікарських засобів як соціально орієнтованим проектом входить в систему забезпечення якісної фармацевтичної і медичної допомоги, що впливають на національну безпеку країни. Дорожня карта дозволить формувати загально задані індикатори якості та ефективності лікарських засобів, конкретні економічні показники та інвестиційну привабливість проекту. Пропозиція направлена на забезпечення контролю за інноваційними витратами, оптимізацією термінів розробки та обґрунтованістю цін на лікарські засоби. Запропоновані положення та підходи призначені для практичного використання органами галузевого та територіального управління щодо контролю за підвищенням якості лікарської допомоги населенню, у професійній діяльності громадських фармацевтичних (аптечних) організацій (палат), а також керівниками фармацевтичних виробничих підприємств, бренд-менеджерами та маркетологами. Будуть корисні студентам, магістрантам, інтернам, аспірантам, докторантам та викладачам вищих медичних й фармацевтичних навчальних закладів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
  14. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
  15. Самборський О.С. (0342585121), Слободянюк М.М., Євтушенко О.М.

#### **Реєстр. № 443/5/18**

1. **СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З КОШИКІВ СОНЯШНИКА ОДНОРІЧНОГО.**
2. НДР «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 01114U000946, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121462. МПК (2017.01) А61К 36/28. Спосіб одержання сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного / Соколова О.О., Гонтова Т.М., заявник і патентовласник НФаУ. – № u201705217; заявл. 29.05.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Лікувально-профілактичний засіб з антимікробною дією на основі рослинної сировини виконаний у формі сухого екстракту кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus L.*).
8. Сухий екстракт з кошиків соняшника однорічного з антимікробною дією отримали таким чином: висушені та подрібнені кошики соняшника однорічного піддавали трикратній екстракції 40% розчином етилового спирту при співвідношенні сировини до екстрагенту 1:10 та загальній тривалості екстракції – 16 годин при кімнатній температурі, одержані водні екстракти об'єднували та відстоювали у холодильнику 1 добу для осадження механічних включень, відстоюваний екстракт упарювали до 1/3 обсягу та очищували від ліпофільних фракцій хлороформом, видаляли залишки хлороформу при нагріванні та проводили висадження

полісахаридів 96% розчином спирту етилового, осад полісахаридів відфільтрували, а надосадочну рідину сушили під вакуумом до сухого стану. У порівнянні з наявними аналогами цей спосіб одержання сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного є економічно вигідним та легко відтворюваним у промисловому виробництві за спрощеним технологічним процесом з високим виходом цільового продукту. Антимікробну активність сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus* L.) встановлювали методом дифузії в агар з референт-штамами *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Proteus vulgaris* ATCC 4636, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Basillus subtilis* ATCC 6633, *Candida albicans* ATCC653/885. Проведений аналіз показав, що сухий екстракт з кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus* L.) виявляє антибактеріальну активність до бактерії *B. subtilis*, є чутливим до штамів мікроорганізмів *S. aureus*, *E. coli* та *P. aeruginosa*.

9. Процедура розробки лікарської форми на основі сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus* L.) потребує залучення науковців технологічної спрямованості.
10. Лікарський препарат на основі сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus* L.) пропонується застосовувати як допоміжний засіб у складі комплексної терапії захворювань, викликаних патогенними мікроорганізмами *Basillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, а не в якості базової терапії.
11. Немає.
12. Можлива індивідуальна непереносимість окремих БАР сухого екстракту з кошиків соняшника однорічного (*Helianthus annuus* L.).
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Соколова О.О. (0975098582), Гонтова Т.М.

#### Реєстр. № 444/5/18

1. **ЗБІР ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК, СЕЧОВОГО МІХУРА ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ «К-1».**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 117720. МПК (2017.01) А61К 36/18, А61К 36/28, А61К 36/38, А61К 36/45, А61К 36/53, А61К 36/534, А61К 36/86, А61К 36/88, А61К 125/00, А61К 127/00, А61К 131/00, А61К 133/00. Збір для профілактики та лікування захворювань нирок, сечового міхура та сечовивідних шляхів «К-1» / Таран К.А., Таран С.Г.; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201707294; заявл. 11.07.2017; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Винахід належить до лікувально-профілактичних засобів рослинного походження, зокрема до зборів лікарських рослин для профілактики та лікування захворювань нирок, сечового міхура та сечовивідних шляхів.
8. Засіб є перспективним з точки зору більшого комплексу фармакологічних ефектів та меншої побічної дії в порівнянні з існуючими лікарськими засобами цієї групи.
9. Обладнання для приготування лікарського збору; лікарська рослинна сировина: листя м'яти перцевої, трава фіалки триколірної, квітки пижма звичайного, трава хвоща польового, трава вересу звичайного, трава звіробою звичайного, корені

- оману високого, квітки соняшника звичайного, листя конвалії травневої, плоди бузини звичайної.
10. Захворювання сечовивідної системи (гломерулонефрит, пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба).
  11. Вік до 3 років, вагітність, алергічні реакції на компоненти збору.
  12. Немає.
  13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
  14. Немає.
  15. Таран К.А. (0960708651), Таран С.Г.

#### Реєстр. № 445/5/18

1. **ПРОТИПОДАГРИЧНІ ЗАСОБИ: ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ, СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ТА ОБСЯГІВ СПОЖИВАННЯ В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведений аналіз асортименту протиподагричних засобів, розраховані показники їх споживання та соціально-економічної доступності протягом 2014-2016 років. Дослідження показало, що на фармацевтичному ринку представлена обмежена кількість протиподагричних лікарських засобів – 7 торгових назв (ТН) препаратів у 2014 та 2016 роках і 10 ТН препаратів у 2015 році. Лідерами за споживанням є високодоступні лікарські засоби алопуринолу, а засоби колхіцину, фебуксостату і пробенециду, що представлені в обмеженій кількості на ринку переважно є малодоступними для населення України. Запропоновано для хворих з хронічною формою подагри використовувати більш доступні лікарські засоби для зниження рівня сечової кислоти.
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: інформація про асортимент протиподагричних лікарських засобів, їх ціни, доступність для споживачів та про об'єми споживання в Україні сприятиме вирішенню проблеми економічної доступності ЛЗ для лікування подагри при позиціонуванні цих засобів на фармацевтичному ринку. Такі зміни в доступності лікарських засобів сприятимуть кращому забезпеченню лікарськими засобами хворих. Швидке впровадження інформації є важливим для лікарів ревматологів, що зможуть призначати більш доступні протиподагричні препарати хворим.
9. Немає.
10. Впровадження запропонованих результатів дослідження асортименту, доступності та споживання лікарських засобів для лікування подагри стане обґрунтуванням для проведення відповідної цінової політики та збільшення асортименту високодоступних лікарських засобів. Інформація має бути використана як лікарями ревматологами, так і маркетологами фармацевтичних компаній.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Ткачова О.В. (0572688895), Сердюк І.С.

**Реєстр. № 446/5/18**

1. **АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведений аналіз асортименту противірусних лікарських засобів (ПЛЗ), що використовують для лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та розраховані показники їх споживання у DDDs/1000 жителів/день (DID) протягом 2013-2017 років. Встановлено, що показники споживання ПЛЗ в Україні є дуже низькими (від 0,60 DID у 2013 році до 0,85 DID у 2017 році), що може бути пов'язано з високою вартістю лікування, недостатньо доведеним рівнем клінічної ефективності лікарських засобів та низькою частотою призначення. Дослідження показало, що найбільш споживаними противірусними препаратами в Україні за останні п'ять років є інозин пранобекс, римантадин та уміфеновір. Дуже мала частка населення України (від 0,60 до 0,85% населення) щорічно отримувала один 10-денний курс лікування противірусними засобами, в той час як показники щорічної захворюваності на ГРВІ в Україні значні – близько 10 млн. хворих та охоплюють від 21,95% до 23,58% населення.
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: інформація про асортимент противірусних лікарських засобів, їх ціни та результати споживання в Україні сприятиме вирішенню проблеми недостатнього споживання лікарських засобів для лікування ГРВІ при призначенні цих засобів лікарями терапевтами. Швидке впровадження інформації є важливим для лікарів терапевтів, що зможуть призначати більш споживані противірусні засоби, які також є доступними препаратами для хворих на ГРВІ.
9. Немає.
10. Впровадження запропонованої наукової продукції, результатів дослідження асортименту та споживання лікарських засобів для лікування ГРВІ буде мотивувати фармацевтичні компанії та аптечні мережі забезпечити наявність доступних противірусних засобів на фармацевтичному ринку України. Інформація має бути використана як лікарями терапевтами для збільшення частоти призначень, так і маркетингологами фармацевтичних компаній для підвищення доступності лікарських засобів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Ткачова О.В. (0572688895), Сілаєв А.О., Шептак Т.І.

**Реєстр. № 447/5/18**

1. **РОЗПОДІЛ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ 163A/C ГЕНА CYP1A2 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ЯК ФАКТОР ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.; «Дослідження фармакогенетичних аспектів ефективності і безпечності лікарських засобів для оптимізації фармакотерапії найбільш поширених хвороб», 0114U000964, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 4,D; 2+,C.
5. Немає.
6. Немає.
7. Серед пацієнтів виділяють повільних, проміжних і швидких метаболізаторів лікарських засобів. Наявність у пацієнтів алелей, асоційованих з швидким метаболізмом лікарських засобів, характеризується відсутністю терапевтичної концентрації лікарського засобу в плазмі крові і ризиком розвитку терапевтичної стійкості. При повільному метаболізмі лікарських засобів виникають побічні ефекти, пов'язані з кумуляцією препаратів в організмі. При цьому досягають більш високих концентрацій лікарських засобів в крові при лікуванні. В даний час широку популярність набуло вивчення ізоферментів цитохрому Р-450, що приймає участь в біотрансформації більшості випадків призначень лікарських засобів в світі. Особливу роль має поліморфізм, інформація про який може бути використана для значної частини населення в зв'язку з поширеністю того чи іншого асоційованого з ним захворювання або стану. У зв'язку з цим представлено результати маркетингових досліджень інформованості фахівців в області охорони здоров'я щодо фармакогенетичних тестів. Вивчено розподіл популяційного поліморфізму 163A/C гена CYP1A2 серед жителів України як фактору персоналізованого підходу до лікування. Проведені дослідження свідчать про необхідність підвищення інформованості працівників системи охорони здоров'я щодо проведення фармакогенетичних тестів.
8. Виявлений в українському населенні генетичний поліморфізм є підставою для рекомендації проведення генетичного тестування поліморфізму 163A/C гена CYP1A2 при призначенні лікарських засобів, які є субстратом даного гена.
9. Наявний кадровий штат лікарів, генетиків, клініцистів, провізорів, фармацевтів, біологів.
10. Оцінка клінічної значимості ізоформи CYP1A2, як складова частина цитохрому CYP-450. Вивчення популяційних частот поліморфізму 163A/C гена CYP1A2 у вибірці населення України. Методичні рекомендації на дану тему підготовлені в Україні вперше і спрямовані на вивчення P450 та його ізоформ на прикладі 163A/C гена CYP1A2 як генетичного фактору підвищення ефективності і безпеки застосування лікарських засобів. Дослідження призначені для керівників лікувальних установ і підрозділів; для фахівців медичних і фармацевтичних установ, як практичних працівників, так і для наукових співробітників; для керівників фармацевтичних заводів; науково-дослідних лабораторій; для студентів фармацевтичних, медичних, біологічних ВНЗ, а також факультетів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Філіпцова О.В., Кобець М.М. (0577367218), Кобець Ю.М.

1. **АНАЛІЗ РОЗПОДІЛУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ 516G/T ГЕНА CYP2B6 В УКРАЇНІ І СВІТІ ТА ЙОГО ФАРМАКОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.; «Дослідження фармакогенетичних аспектів ефективності і безпечності лікарських засобів для оптимізації фармакотерапії найбільш поширених хвороб», 0114U000964, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. У зв'язку з модернізацією сфери медицини і фармації сучасним та актуальним є персоналізований підхід фармакотерапії хворих з урахуванням їх генетичних особливостей. Широкий асортимент лікарських засобів, представлений на фармацевтичному ринку України, сприяє підвищенню рівня самолікування. Як наслідок підвищується кількість побічних ефектів лікарських засобів, що обумовлено відсутністю висококваліфікованої консультації провізора з подальшим інформуванням про можливу взаємодію лікарських засобів при їх одночасному прийомі. Все вищевикладене підтверджує необхідність проведення фармакогенетичного тестування з вивченням поліморфізму генів, що беруть участь у біотрансформації найбільш призначуваних лікарями лікарських засобів. Одним з таких генів є CYP2B6. Даний ген належить до сімейства цитохромів Р-450 і бере участь в метаболізмі цілого ряду сполук і широко застосовуваних лікарських засобів, наприклад, нікотину, циклофосаміду, бупропіону, евафірензу, кетаміну та ін. У зв'язку з клінічною значущістю варіанту CYP2B6\*6 гена CYP2B6 представлено результати вивчення розподілу популяційного поліморфізму 516G/T гена CYP2B6 в Україні та світі та його фармакогенетичне значення. Проведено порівняння персоналізованого (з урахуванням фармакогенетичного тестування) та стандартного підходів до терапії. Персоналізований підхід сприятиме оптимізації вартості та зниженню потенційних побічних наслідків лікування.
8. Отримані результати щодо наявності генетичного поліморфізму в локальному населенні свідчать про доцільність проведення генетичного тестування поліморфізму 516G/T гена CYP2B6 при призначенні лікарських засобів, які є субстратом даного гена.
9. Необхідний кадровий штат працівників сфери медицини (лікарі, генетики, клініцисти, лаборанти) та фармації (провізори, фармацевти).
10. Оцінка клінічної значущості ізоформи CYP2B, як складової частини CYP-450. Вивчення популяційних частот поліморфізму 516G/T гена CYP2B6 на прикладі української популяції. Методичні рекомендації за даною тематикою в Україні підготовлені вперше. Дані рекомендації спрямовані на вивчення цитохрому Р450 та його ізоформ на прикладі 516G/T гена CYP2B6, що сприятиме підвищенню безпеки та ефективності лікарських засобів. Методичні рекомендації призначені для керівників системи охорони здоров'я; для провізорів, фармацевтів, а також співробітників медичних установ, в тому числі лікарів; для виробників лікарських засобів; науково-дослідних лабораторій; студентів фармацевтичних, медичних, біологічних ВУЗів, а також факультетів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Філіпцова О.В., Кобець М.М. (0577367218), Кобець Ю.М.

## Реєстр. № 449/5/18

1. **ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.; «Дослідження фармакогенетичних аспектів ефективності і безпечності лікарських засобів для оптимізації фармакотерапії найбільш поширених хвороб», 0114U000964, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 4,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Актуальність вивчення факторів, що знижують ефективність і безпеку фармакотерапії, обумовлена високою частотою побічних ефектів лікарських засобів в усьому світі, деякі з яких можуть закінчитися летальним ефектом. Побічні реакції, як правило, пов'язані з підвищеною тривалістю перебування в лікувальних закладах і зростанням собівартості лікування, зниженням якості життя пацієнтів. Широко поширеним феноменом є низька обізнаність населення, медичного персоналу і фармацевтичних працівників про можливість проведення індивідуального підходу, заснованого на генетичному тестуванні. Зокрема, відсутня інформація про суб'єктивну оцінку причин побічних ефектів лікарських засобів у населення України. Проведено оцінку суб'єктивного рівня задоволеності й джерел інформованості населення України про лікарські засоби. Представлено результати маркетингових досліджень суб'єктивної оцінки причин виникнення побічних ефектів лікарських засобів у вибірці населення України, вивчено послідовність лікарських призначень в Україні. Проведені дослідження спрямовані на підвищення інформованості про потенційні засоби зниження побічних ефектів лікарських засобів, зокрема, генетичне тестування серед українського населення.
8. Впровадження в клінічну практику методології фармакогенетичних технологій персоналізованої медицини, що представляє вибір лікарських засобів та їх доз на основі індивідуальних особливостей пацієнта, може розглядатися як елемент модернізації системи охорони здоров'я України.
9. Необхідний кадровий штат працівників сфери медицини та фармації.
10. Оцінка рівня задоволеності лікарськими засобами і джерела інформованості про них серед населення України; вивчення послідовності лікарських призначень в Україні. Маркетингові дослідження суб'єктивної оцінки причин виникнення побічних ефектів лікарських засобів у вибірці українського населення. Дана інформація необхідна при оцінці потенційної цільової аудиторії для проведення генетичних тестів при призначенні лікарських засобів в найближчому майбутньому. Дослідження призначені для виробників лікарських засобів, для керівників підрозділів лікувально-профілактичних закладів, для лікарів, провізорів/фармацевтів, генетиків, клініцистів, студентів медичних, фармацевтичних, біологічних вузів і факультетів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Філіпцова О.В., Кобець М.М. (0577367218), Кобець Ю.М.

## Реєстр. № 450/5/18



1. **ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАСОБУ У ФОРМІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ РУТКИ ШЛЕЙХЕРА ЯК АГЕНТА, ЩО ПРОЯВЛЯЄ АНКсіОЛІТИЧНУ ДіЮ.**
2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 110947. МПК А61Р 25/22, А61К 36/50, А61К 135/00. Застосування лікувально-профілактичного засобу у формі сухого екстракту рутки Шлейхера як агента, що проявляє анксиолітичну дію / Цивунін В.В., Прокопенко Ю.С., Штриголь С.Ю., Георгіянц В.А.; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201304353; заявл. 08.04.2013; опубл. 10.03.2016. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Запропонований лікувально-профілактичний засіб у якості сухого екстракту рутки Шлейхера, що стандартизують за вмістом алкалоїдів групи ізохіноліну та флавоноїдів. Засіб характеризується вираженою анксиолітичною дією без негативного впливу на тонус скелетних м'язів та координацію рухів. Його застосування сприятиме індивідуалізації фармакотерапії та підвищенню її безпеки. Засіб є зручним у використанні.
8. Медичний, економічний. Засіб одержується з доступної рослинної сировини за простим способом, який може бути здійснено в умовах хіміко-фармацевтичних виробництв за допомогою стандартного обладнання.
9. Надземна частина рутки Шлейхера (*Fumaria Schleicheri* Soy.-Willem.), вода, сито, екстрактор, вакуум-випарний апарат.
10. Засіб рослинного походження з анксиолітичною дією без негативного впливу на тонус скелетних м'язів та координацію рухів, який може бути використаний як лікувально-профілактичний засіб.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Цивунін В.В., Прокопенко Ю.С. (0572679197), Штриголь С.Ю., Георгіянц В.А.

#### **Реєстр. № 451/5/18**

1. **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТИЛОВОГО ЕСТЕРУ 5-МЕТИЛ-4-ОКСО-3,4-ДИГІДРОТІЄНО[2,3-*D*]ПІРИМІДИН-6-КАРБОНОВОЇ КИСЛОТИ ЯК АНАЛЬГЕТИЧНОГО ТА ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЗАСОБУ.**
2. НДР «Органічний синтез та аналіз БАР, розробка лікарських засобів на основі синтетичних та напівсинтетичних субстанцій», 0114U000943, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 111371. МПК С07D 513/00, А61Р 29/00 Застосування метилового естеру 5-метил-4-оксо-3,4-дигідротієно[2,3-*d*]піримідин-6-карбонОВОЇ кислоти, як анальгетичного та протизапального засобу / Черних В.П., Коваленко С.М., Яковлева Л.В., Литвиненко Г.Л., Власов С.В.; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201401804; заявл. 24.02.2014 ; опубл. 25.04.2016. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Доведено анальгетичну та протизапальну активність метилового естеру 5-метил-4-оксо-3,4-дигідротієно[2,3-*d*]піримідин-6-карбонОВОЇ кислоти. Результати

- проведеного дослідження гострої токсичності сполуки дозволяють віднести її до класу малотоксичних речовин при внутрішньошлунковому введенні.
8. Медичний, економічний. Метилловий естер 5-метил-4-оксо-3,4-дигідротієно[2,3-d]піримідин-6-карбонової кислоти може знайти застосування у терапевтичній практиці для лікування патологічних станів, що супроводжуються больовим синдромом та запаленням. Таким чином, перелічені фактори дозволяють рекомендувати заявлену речовину для застосування у якості аналгетичного та протизапального засобу, який є відносно нешкідливим. Заявлена сполука може бути одержана в умовах хіміко-фармацевтичних підприємств за доступною технологією без використання небезпечних реагентів.
  9. Дистильована вода, метилловий спирт, мішалка магнітна, сушильна шафа, фільтр, воронка Бюхнера, мірна колба, Сульфур, метилловий естер ацетооцтової кислоти, метилловий естер ціанооцтової кислоти, морфолін, формамід, проведення поглиблених досліджень.
  10. Можливе застосування одержаної сполуки у медичній практиці для лікування патологічних станів, що супроводжуються больовим синдромом та запаленням після проведення клінічних та доклінічних досліджень.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
  14. Немає.
  15. Черних В.П., Коваленко С.М., Яковлєва Л.В., Власов С.В. (0572679373), Литвиненко Г.Л.

#### Реєстр. № 452/5/18

1. **НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ФІТОЗАСОБІВ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.**
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. У методичних рекомендаціях висвітлено шляхи розробки складу лікарських препаратів рослинного походження для терапевтичної стоматології. Наведено алгоритм можливих науково-методичних підходів до розробки прописів фітозасобів, що супроводжуються прикладами власних наукових досліджень.
8. Науково-методичні підходи до розробки рослинних лікарських засобів стоматологічної спрямованості, що висвітлено у заявлених методичних рекомендаціях, були теоретичною основою при створенні ряду фітозасобів (настойка, збори, гель).
9. Науково-методичні рекомендації призначені для молодих науковців, наукових співробітників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я, провізорів, фармацевтів, лікарів-стоматологів та лікарів загальної практики-сімейної медицини.
10. Використання методичних рекомендацій в якості науково-методичної літератури під час проведення фармацевтичних розробок рослинних лікарських засобів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.

14. Немає.
15. Шульга Л.І. (0577322798), Пімінов О.Ф., Квітчата Г.І., Безценна Т.С., Ролік-Аттіа С.М.

**Реєстр. № 453/5/18**

1. **АНАЛІЗ ОБСЯГУ СПОЖИВАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРОТЯГОМ 2014-2017 РОКІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведено дослідження з розрахунку обсягів споживання пероральних цукрознижувальних лікарських засобів на українському фармацевтичному ринку за 2014-2017 роки. Підтверджено поширення європейської тенденції лікування хворих на цукровий діабет 2 типу: рання діагностика цукрового діабету 2 типу та лікування переддіабетичного стану і легких форм діабету метформіном. Доведено залежність цього сегмента ринку від економічної ситуації в країні та високу доступність цих лікарських засобів для хворих на цукровий діабет 2 типу. Підкреслено необхідність систематично проводити дослідження обсягів споживання та асортименту пероральних цукрознижувальних засобів, аналізувати зміни кількості міжнародних непатентованих назв і торгових назв на фармацевтичному ринку України порівняно з результатами аналізу інших років.
8. Очікується економічний і соціальний ефект. Інформація про асортимент пероральних цукрознижувальних лікарських засобів, їх ціни, доступність для споживачів та про результати споживання в Україні сприятиме вирішенню проблеми економічної доступності лікарських засобів для лікування цукрового діабету 2 типу при позиціонуванні цих засобів на фармацевтичному ринку. Також ці результати важливі для лікарів-ендокринологів, що зможуть призначати пероральні цукрознижувальні лікарські засоби з урахуванням їх високої доступності для споживачів.
9. Немає.
10. Дані дослідження призначені для організаторів охорони здоров'я для прийняття рішень щодо забезпечення населення необхідною кількістю доступних лікарських засобів. Впровадження запропонованої наукової продукції щодо дослідження асортименту, доступності та споживання пероральних цукрознижувальних лікарських засобів дасть змогу фармацевтичним компаніям і аптечним мережам виводити на ринок нові імпортні та вітчизняні генеричні лікарські засоби та збільшувати кількість високодоступних лікарських засобів для споживачів цього сегменту препаратів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Яковлєва Л.В., Яковлєва А.К., Бердник О.Г. (0572688895).

**Реєстр. № 454/5/18**

1. **АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ОБСЯГІВ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведено дослідження та розраховані обсяги споживання лікарських засобів для лікування еректильної дисфункції на українському фармацевтичному ринку за 2014-2016 роки, які представлені в переважній більшості засобами для симптоматичного лікування та не охоплюють всі ланки лікування цього захворювання. На фармацевтичному ринку України представлені лікарські засоби лише трьох фармакологічних груп, тоді як за фармакологічною класифікацією їх існує шість. Аналіз показників обсягу споживання лікарських засобів для лікування еректильної дисфункції показав, що багато пацієнтів і навіть лікарів впевнені в тому, що еректильна дисфункція не хвороба, а природний процес, який супроводжує старіння чоловічого організму, а також, що внаслідок особливої делікатності проблеми до лікарської допомоги вдаються лише деякі хворі, які страждають на цю недугу, а більшість займається самолікуванням, що не призводить до якісного та очікуваного результату. Доведено залежність цього сегмента ринку від економічної ситуації в країні. Підкреслено необхідність систематично проводити дослідження обсягів споживання та асортименту лікарських засобів для лікування еректильної дисфункції, аналізувати зміни кількості міжнародних непатентованих назв і торгових назв на фармацевтичному ринку України порівняно з результатами аналізу інших років.
8. Очікується економічний і соціальний ефект. Інформація про асортимент лікарських засобів для лікування еректильної дисфункції, їх ціни, рівень доступності для споживачів та об'єми споживання в Україні сприятиме вирішенню проблеми економічної доступності цієї групи лікарських засобів при позиціонуванні цих засобів на фармацевтичному ринку. Також ці результати важливі для лікарів-ендокринологів, урологів та сексопатологів, що зможуть призначати лікарські засоби для лікування еректильної дисфункції з урахуванням їх доступності для споживачів.
9. Немає.
10. Дані дослідження призначені для організаторів охорони здоров'я для прийняття рішень щодо забезпечення населення необхідною кількістю лікарських засобів. Впровадження запропонованої наукової продукції щодо дослідження асортименту, доступності та споживання лікарських засобів для лікування еректильної дисфункції дасть змогу фармацевтичним компаніям і аптечним мережам збільшувати на ринку асортимент даної групи: виводити на ринок нові імпортні та планувати випуск вітчизняних генеричних лікарських засобів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Яковлева Л.В., Бердник О.Г. (0572688895).

**Реєстр. № 455/5/18**

1. **ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ЗАСОБІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТРУКТУРУ І МІНЕРАЛІЗАЦІЮ КІСТОК, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.**
2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проведено дослідження асортименту засобів, що впливають на структуру і мінералізацію кісток для лікування постменопаузального остеопорозу на українському фармацевтичному ринку за 2014-2016 роки. Отримані дані свідчать про те, що засоби, які впливають на структуру і мінералізацію кісток та використовуються для лікування постменопаузального остеопорозу, представлені на ринку в широкому асортименті та ціновому діапазоні. Визначений перелік високодоступних лікарських засобів які рекомендуються для широкого застосування в усіх верств населення незалежно від статку.
8. Визначено високодоступні ЛЗ для всіх категорій населення серед тих, що впливають на структуру і мінералізацію кісток та використовуються для лікування постменопаузального остеопорозу, що є дуже важливим фактором в умовах важкої соціально-економічної ситуації, яка на цей час склалася в країні та сприяє швидкому забезпеченню даними ЛЗ зростаючої популяції пацієнток з остеопорозом. Особливо ці дані важливі для пацієнток з низьким матеріальним рівнем життя.
9. Немає.
10. Впровадження запропонованих результатів щодо результатів маркетингового дослідження ринку засобів, що впливають на структуру і мінералізацію кісток для лікування постменопаузального остеопорозу дадуть змогу фармацевтичним компаніям і аптечним мережам позиціонувати цей клас фармацевтичної продукції з точки зору вигод, які споживачі отримують від її застосування.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Яковлєва Л.В., Матяшова Н.О. (0572658895), Стальна О.В.

#### **Реєстр. № 456/5/18**

1. **ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ У ФОРМІ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ МАЗІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ І ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ.**
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 113771. МПК А61К 9/06 (2006.01), А61К 36/484 (2006.01), А61К 36/53 (2006.01), А61К 31/137 (2006.01), А61Р 17/02 (2006.01), А61Р 31/10 (2006.01). Фармацевтична композиція у формі дерматологічної мазі для лікування алергічних і запальних захворювань шкіри / Ярних Т.Г., Рухмакова О.А., Малоштан Л.М., Яценко О.Ю., Есам Зургані А. Зегхдані; заявник і патентовласник НФаУ. – № а201502305; заявл. 16.03.2015; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.

7. Обґрунтування використання фармацевтичної композиції у формі дерматологічної мазі для лікування алергічних і запальних захворювань шкіри.
8. На основі винаходу створено новий засіб у формі дерматологічної мазі протиалергічної і протизапальної дії, який завдяки новій сукупності діючих компонентів при використанні збалансованої мажевої основи є ефективним нетоксичним засобом з комплексною фармакологічною дією для застосування у дерматології.
9. Вивчення впливу заявленого засобу на перебіг алергічного запалення шкіри здійснювали на моделі експериментального алергічного контактного дерматиту, викликаного 2,4-динітрохлорбензолом (ДНХБ). Моделювання патології проводили на мурчаках, яких сенсibiliзували за методом Залкан П.М. і Ієвлевої Е.А. Дослідження протизапальної дії заявленого препарату на моделі неалергічного контактного дерматиту (НКД) проводили на 18 білих безпородних щурах масою 260-330 г.
10. У якості протизапального та протиалергічного засобу при лікуванні алергічного контактного дерматиту.
11. Індивідуальна гіперчутливість.
12. При нанесенні у дозах, що перевищують рекомендовані можливі: гіперемія, зуд.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03.
14. Немає.
15. Ярних Т.Г., Рухмакова О.А., Малоштан Л.М., Яценко О.Ю. (0502232798), Есам Зургані А. Зегхдані.

#### Реєстр. № 457/5/18

1. **СПОСІБ ПІДСИЛЕННЯ АНАЛЬГЕТИЧНОЇ ДІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ МЕЛОКСИКАМУ.**
2. НДР «Хіміко-фармацевтичне та експериментальне обґрунтування фармакологічних властивостей оксикамів та їх композицій з кофеїном», 0116U004979, 2016-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119596. МПК А61К 31/52, А61К 47/00 А61Р 29/00. Спосіб підсилення анальгетичної дії центрального генезу мелоксикаму / Сирова Г.О., Лук'янова Л.В., Краснікова Ю.М., Чаленко Н.М., Синельник В.В., Колесник М.Р., Матрунич Д.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201704413; заявл. 03.05.2017; опубл. 25.09.2017. Бюл. № 18.
6. Спосіб підсилення анальгетичної дії центрального генезу мелоксикаму шляхом приєднання кофеїну із розрахунку на 1 кг ваги тварини 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну. A method of enhancing of meloxicam analgesic action of the central genesis by joining the caffeine to the meloxicam in an amount of 1 kg of animal weight, using 0.6 mg of meloxicam and 0.6 mg of caffeine.
7. Спосіб підсилення анальгетичної дії центрального генезу мелоксикаму включає приєднання кофеїну, який приєднують до мелоксикаму із розрахунку на 1 кг ваги тварини 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну.
8. Медичні – створення нового вітчизняного комбінованого лікарського засобу з анальгетичною дією. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я населення. Економічні – скорочення витрат на лікування больових синдромів центрального генезу.
9. Мелоксикам, кофеїн.
10. Больові синдроми центрального генезу.

11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сирова Г.О., Лук'янова Л.В., Чаленко Н.М. (0506601067).

#### Реєстр. № 458/5/18

1. **СПОСІБ ПІДСИЛЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНОЇ ДІЇ МЕЛОКСИКАМУ.**
2. НДР «Хіміко-фармацевтичне та експериментальне обґрунтування фармакологічних властивостей оксикамів та їх композицій з кофеїном», 0116U004979, 2016-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120242. МПК А61К 31/00, А61Р 31/00. Спосіб підсилення антиексудативної дії мелоксикаму / Сирова Г.О., Лук'янова Л.В., Чаленко Н.М., Краснікова Ю.М., Синельник В.В., Колесник М.Р., Матрунич Д.О., заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет – № u201704336; заявл. 03.05.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Спосіб підсилення антиексудативної дії мелоксикаму шляхом приєднання кофеїну із розрахунку на 1 кг ваги тварини 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну. A method of enhancing of meloxicam anti-inflammatory action by joining the caffeine to the meloxicam in an amount of 1 kg of animal weight, using 0.6 mg of meloxicam and 0.6 mg of caffeine.
7. Спосіб підсилення антиексудативної дії лікарських засобів включає приєднання кофеїну. Кофеїн приєднують до мелоксикаму із розрахунку на 1 кг ваги тварини, при цьому використовують 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну.
8. Медичні - створення нового вітчизняного комбінованого лікарського засобу з антиексудативною дією. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я населення. Економічні – скорочення витрат на лікування запальних процесів.
9. Мелоксикам, кофеїн.
10. Запальні процеси.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сирова Г.О., Лук'янова Л.В. (0662262437), Чаленко Н.М.

#### Реєстр. № 459/5/18

1. **СПОСІБ ПІДСИЛЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ДІЇ МЕЛОКСИКАМУ.**
2. НДР «Хіміко-фармацевтичне та експериментальне обґрунтування фармакологічних властивостей оксикамів та їх композицій з кофеїном», 0116U004979, 2016-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125971. МПК А61К 31/52, А61К 47/00, А61Р 29/00. Спосіб підсилення протизапальної дії мелоксикаму / Сирова Г.О., Савельєва О.В., Тішакова Т.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201800843; заявл. 30.01.2018; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Спосіб підсилення протизапальної дії мелоксикаму шляхом приєднання кофеїну із розрахунку на 1 кг ваги тварини 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну. A method of potentiation of meloxicam anti-inflammatory action by joining the caffeine to the

meloxicam in an amount of 1 kg of animal weight, using 0.6 mg of meloxicam and 0.6 mg of caffeine.

7. Спосіб посилення протизапальної дії мелоксикаму, що включає посилення дії лікарського засобу, який відрізняється тим, що кофеїн приєднують до мелоксикаму із розрахунку на 1 кг ваги тварини 0,6 мг мелоксикаму та 0,6 мг кофеїну.
8. Медичні – створення нового вітчизняного комбінованого лікарського засобу з протизапальною дією. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я населення. Економічні – скорочення витрат на лікування хронічного запалення.
9. Мелоксикам, кофеїн.
10. Хронічні запалення ревматичних захворювань.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сирова Г.О., Савельєва О.В., Тішакова Т.С. (0502982104).

### Реєстр. № 460/5/18

1. **СПОСІБ ПОТЕНЦІЮВАННЯ КОФЕЇНОМ АНТИЕКСУДАТИВНОЇ ДІЇ ПІРОКСИКАМУ.**
2. НДР «Хіміко-фармацевтичне та експериментальне обґрунтування фармакологічних властивостей оксикамів та їх композицій з кофеїном», 0116U004979, 2016-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124547. МПК А61К 45/06, А61Р 31/00. Спосіб потенціювання кофеїном антиексудативної дії піроксикаму / Сирова Г.О., Лук'янова Л.В., Чаленко Н.М., Краснікова Ю.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201711562; заявл. 27.11.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Спосіб потенціювання антиексудативної дії піроксикаму шляхом приєднання кофеїну із розрахунку на 1 кг ваги тварини 1,3 мг піроксикаму та 0,6 мг кофеїну. A method of potentiation of piroxicam anti-exudative effect by joining the caffeine to the piroxicam in an amount of 1 kg of animal weight, using 1.3 mg of piroxicam and 0.6 mg of caffeine.
7. Спосіб потенціювання антиексудативної дії лікарського засобу, при якому приєднують кофеїн. Кофеїн приєднують до піроксикаму із розрахунку на 1 кг ваги тварини, при цьому використовують 1,3 мг піроксикаму та 0,6 мг кофеїну.
8. Медичні – створення нового вітчизняного комбінованого лікарського засобу з антиексудативною дією. Соціальні – покращення якості життя та здоров'я населення. Економічні – скорочення витрат на лікування запальних процесів.
9. Піроксикам, кофеїн.
10. Запальні процеси.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Сирова Г.О., Лук'янова Л.В. (0662262437), Чаленко Н.М.



## ФІЗИОТЕРАПІЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Реєстр. № 461/5/18

1. **ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД В СИСТЕМНІЙ ОЛУЖНЮЮЧІЙ ТЕРАПІЇ У ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ГОСТРОЇ ТРАВМИ КАТАСТРОФІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ.**
2. НДР «Патогенетичне обґрунтування застосування природних і преформованих фізичних факторів у ранній корекції метаболічних наслідків гострої травми різного генезу в системі відновлювального лікування», 0116U003643.
3. Фізіотерапія. Медична реабілітація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Перебіг захворювань органів травлення у пацієнтів, що перенесли гостру травму катастрофічного походження різного генезу (внаслідок техногенних або природних катастроф, військових дій), має свої особливості. Особливо це стосується віддаленого періоду, коли в період припинення дії стресового фактору маніфестація клінічних проявів захворювання мінімальна. Однак саме цей період є небезпечним в плані формування психосоматичної патології, коли в результаті дистресу адаптаційних та компенсаторних реакцій організму, перш за все детоксикаційної функції органів травлення, відбувається формування субклінічних форм функціонально-метаболічних порушень різних рівнів. Профілактичні заходи, проведені на цьому етапі, дозволяють запобігти як формуванню, так і прогресуванню дисметаболічних станів та соматичної стадії метаболічної інтоксикації. На етапі довготривалої медичної реабілітації найбільш ефективним є питне застосування природних мінеральних вод різних бальнеологічних груп, режим призначення яких визначається як функціональними особливостями перебігу патології органів травлення, так і ефектами мінеральних вод. 1) Для перебігу патології органів травлення у даної категорії пацієнтів характерним є домінування субклінічних форм метаболічного ацидозу, тому для їх ранньої корекції показані мінеральні води, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати. 2) Враховуючи той факт, що для даної категорії пацієнтів характерна реалізація ульцерогенної дії невисоких показників кислотності із формуванням субклінічних явищ поверхневого дуоденіту, мінеральна вода призначається в підігрітому виді з метою відновлення активності кислотонейтралізуючої дії лужних секретів (антрального відділу шлунку, панкреатичного секрету), незалежно від рівня шлункового кослотоутворення. 3) Зважаючи на значне скорочення тривалості олужнюючої дії мінеральних вод (до 5-10 хв.) та підвищення частоти прояву кислотостимулюючої дії середньо- і високомінералізованих гідрокарбонатних натрієвих вод (до 75 %), доцільним є застосування мінеральних вод із загальною мінералізацією до 5,0 г/л та рівнем гідрокарбонатів від 3000 мг/л і вище, з призначенням їх двократно після їди, через 60 та 120 хвилин. 4) Скорочення тривалості буферної дії їжі, яке спостерігається у пацієнтів, і проявляється клінічно постійним відчуттям голоду, зумовлює можливість призначення мінеральної води невеликими дозами (50-75 мл), з метою уникнення кислотостимулюючого ефекту її дії, багато разів протягом доби. При цьому загальний об'єм мінеральної води зменшується до 500-600 мл. 5) Прискорення досягнення холекінетичного ефекту мінеральних вод у пацієнтів даної категорії, дозволяє рекомендувати при супутніх функціональних порушеннях гепатобілярної системи двократний прийом мінеральної води натще, за 30 і 15 хв. до сніданку, по 50-75 мл. При схильності до закріпів перша порція мінеральної води збагачується сульфатами в невеликих дозах

- (до 5 г натуральної солі «Барбара», порошку магнію сульфату та ін.). б) Режим призначення мінеральних вод визначається також наявністю та важкістю супутньої патології.
8. Застосування мінеральних вод в комплексі програм реабілітації осіб, що зазнали впливу гострої травми катастрофічного походження, дозволяє сповільнити або ж припинити прогресування метаболічної інтоксикації та формування психосоматичної патології. Перевагою методики є її доступність, невисока вартість, практична відсутність протипоказань та ускладнень, можливість інтегрування в різні програми лікування, в т.ч. медикаментозні.
  9. Природні мінеральні води з мінералізацією до 5,0 г/л, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати (більше 3000 мг/л) різного мікроелементного складу, в т.ч. фасовані.
  10. Віддалений період після перенесеної гострої травми катастрофічного походження.
  11. Немає.
  12. Протипоказань та помилок за умови дотримання методики немає.
  13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр “Реабілітація” МОЗ України».
  14. Немає.
  15. Лемко І.С., Гайсак М.О., Чайковська Т.В., Дичка Л.В., Кудик В.Г. (0312637462), (0312637523).

#### Реєстр. № 462/5/18

1. **СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, УСКЛАДНЕНИЙ ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ.**
2. НДР «Дослідження рівня соматичного здоров'я та оптимізація професійної підготовки студентів - медиків засобами фізичного виховання та спорту», 0115U000241, 2015-2018 р.р.
3. Фізіотерапія, курортологія та фізична реабілітація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126703. МПК А61Н 33/00, А61Н 1/00, А61Н 2/00. Спосіб реабілітації хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений діабетичною полінейропатією, постраждалих внаслідок ліквідації аварії на Чорнобильській атомній електростанції / Калюжка А.А., Істомін А.Г., Сивенко О.Л., Роздільська О.М., Калюжка Ю.Л., Катаржнова І.В., Омеляненко О.В., Калюжка В.Ю., Плехова О.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201802488, заявл. 08.03.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 14.
6. The method differs in that additionally appoint a medical and rehabilitation complex that contains drinking treatment with natural therapeutic table water «Berezivska» 3 times a day, before each meal in 45-60 minutes, in the amount of 200 ml at a time, copper- vitriol-pearl bath in the duration of 15 minutes, temperature 36-37 degrees, alternating magnetic field in the zone of lower extremities, duration of procedure 20 minutes, every day, massage of the lumbar sacral zone and lower extremities for 20 minutes, electrophoresis of 5% solution of magnesium sulfate to the liver projection area for 15 minutes, special course of medical gymnastics for 25 minutes, treatment course is 10 procedures.
7. Спосіб відрізняється тим, що додатково призначають лікувально-реабілітаційний комплекс, який містить питне лікування природною лікувально-столовою водою «Березівська» 3 рази на день, перед кожним прийомом їжі за 45-60 хв., в кількості 200 мл за один раз, мідно-купоросно-перлинні ванни тривалістю 15 хв., температура 36-37 градусів, змінне магнітне поле на зону нижніх кінцівок, тривалість процедури

- 20 хв., кожного дня, масаж попереково-крижової зони та нижніх кінцівок протягом 20 хв., електрофорез 5% розчину сульфату магнію на зону проекції печінки тривалістю 15 хв., спеціальний курс лікувальної гімнастики протягом 25 хв., курс лікування складає 10 процедур.
8. Медичні – зниження ризику прогресування діабетичної полінейропатії у хворих на цукровий діабет 2 типу, постраждалих внаслідок ліквідації аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Соціальні – покращення якості життя у хворих на цукровий діабет 2 типу, постраждалих внаслідок ліквідації аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на цукровий діабет 2 типу, постраждалих внаслідок ліквідації аварії на Чорнобильській атомній електростанції, за рахунок зниження ліжко-днів.
  9. Лікувально-столова вода «Березівська», електромагнітний апарат «Полус-101», апарат для гальванізації та лікарського електрофорезу «Поток-1», ванна, масажний стіл.
  10. Цукровий діабет 2 типу.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Калюжка А.А. (0973907877), Істомін А.Г., Роздільська О.М., Катаржнова І.В., Сивенко О.Л., Омеляненко О.В., Калюжка Ю.Л., Калюжка В.Ю., Плехова О.О.

## **ФТИЗИАТРІЯ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 463/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ МУКОЦИЛІАРНОГО ТРАНСПОРТУ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ.**
2. НДР «Дослідження патогенетичних механізмів прогресування специфічного процесу, встановлення критеріїв неефективного лікування та розробка своєчасної їх корекції у хворих на туберкульоз легень», 0116U005830, 2016-2021 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 123152. МПК А61К 31/167 (2006.01), G01N 1/30 (2006.01), А61Р 11/08. Спосіб діагностики порушень мукоциліарного транспорту у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень із супутньою патологією слизової оболонки бронхів / Разнатовська О.М., Хлистун В.М.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201709230; заявл. 19.09.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики порушень мукоциліарного транспорту у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень із супутньою патологією слизової оболонки бронхів шляхом введення у бронхи діагностичного розчину, що містить гепаринізовану кров пацієнта та збирання кожні 6 годин мокротиння до тих пір, поки у трьох послідовних порціях перестане визначатися гемоглобін, який відрізняється тим, що діагностичний розчин вводять безпосередньо у бронхи через фібробронхоскоп під час діагностичної фібробронхоскопії за умови виявлення у хворого на хіміорезистентний туберкульоз легень супутньої патології слизової оболонки бронхів, а гемоглобін у мокротинні визначають за допомогою

- «Азопірамової проби-600/6», і якщо час повного виведення гемоглобіну складає більше 18 годин, то діагностують порушення мукоциліарного транспорту.
8. Забезпечується рання діагностика порушень мукоциліарного транспорту у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень із супутньою патологією слизової оболонки бронхів, що сприятиме раціональному визначенню тактики лікування хворих.
  9. Фібробронхоскоп, «Азопірамова проба-600/6».
  10. Хіміорезистентний туберкульоз легень із супутньою патологією слизової оболонки бронхів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра фтизіатрії і пульмонології, тел. (0612) 236-64-27.
  14. Немає.
  15. Разнатовська О.М. (06127171752), Хлистун В.М.

### Реєстр. № 464/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ II-III СТАДІЇ ПРИ НАЯВНОСТІ ПРОТИПОКАЗАНЬ ДО ГЛЮКОКОРТИКО-СТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Розробити схеми лікування хворих на саркоїдоз органів дихання з резистентністю до терапії глюкокортикостероїдами або протипоказаннями до їх призначення», 0116U000184, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 121726. МПК А61К 31/00, А61Р 5/44 (2006.01), А61Р 37/06 (2006.01). Спосіб лікування хворих на саркоїдоз легень II-III стадії при наявності протипоказань до терапії глюкокортикостероїдами / Гаврисюк В.К., Ячник А.І., Гуменюк Г.Л., Лещенко С.І., Меренкова Є.О., Дзюблик Я.О., Морська Н.Д., Беренда О.А., Биченко Л.В., Страфун О.В., Шадріна О.В.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201707055; заявл. 05.07.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб лікування полягає у застосуванні ступінчатої терапії метотрексатом: протягом 6 тижнів метотрексат призначають підшкірно дозою 7,5 мг один раз на тиждень з наступним переходом на пероральний прийом препарату дозою 10 мг один раз на тиждень у поєднанні із прийомом фолієвої кислоти дозою 5 мг один раз на тиждень, але не в день прийому метотрексату, для зменшення небажаного впливу препарату на функціональний стан печінки. Лікування призначають до досягнення клінічної картини виліковування.
8. Запропоноване нововведення є якісно новим підходом до лікування хворих на саркоїдоз легень II-III стадії при наявності протипоказань до терапії глюкокортикостероїдами, застосування якого дозволяє підвищити ефективність лікування даної категорії хворих за рахунок збільшення проценту регресії захворювання у 94,7 % хворих, вірогідно збільшити позитивні результати лікування у вигляді стабілізації перебігу захворювання та попередження прогресування захворювання, а також зменшити гепатотоксичну дію метотрексату.
9. Не потребує.
10. Саркоїдоз легень II-III стадії з протипоказаннями до терапії

глюкокортикостероїдами.

11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Гаврисюк В.К., Ячник А.І., Гуменюк Г.Л., Лещенко С.І., Меренкова Є.О., Дзюблик Я.О., Морська Н.Д., Беренда О.А., Биченко Л.В., Страфун О.В., Шадріна О.В. (0442703559).

#### **Реєстр. № 465/5/18**

1. **АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ МЕТОТРЕКСАТОМ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ПРИ НАЯВНОСТІ ПРОТИПОКАЗАНЬ ДО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Розробити схеми лікування хворих на саркоїдоз органів дихання з резистентністю до терапії глюкокортикостероїдами або протипоказаннями до їх призначення», 0116U000184, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у тому, що хворим на саркоїдоз органів дихання при наявності протипоказань до глюкокортикостероїдної терапії призначають метотрексат дозою 10 мг на добу один раз на тиждень у поєднанні із фолієвою кислотою дозою 5 мг один раз на тиждень із обов'язковим моніторингом вмісту аланінамінотрансферази, креатиніну та клітинного складу крові кожні 4 тижні. Лікування призначається до досягнення клініко-рентгенологічного виліковування.
8. Запропоноване нововведення є якісно новим підходом до лікування хворих на саркоїдоз органів дихання при наявності протипоказань до глюкокортикостероїдної терапії, застосування якого дозволяє підвищити до 84,0 % ефективність та поліпшити переносимість лікування даної когорти хворих.
9. Не потребує.
10. Саркоїдоз органів дихання при наявності протипоказань до глюкокортикостероїдної терапії.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Гаврисюк В.К., Гуменюк Г.Л., Ячник А.І., Лещенко С.І., Меренкова Є.О., Дзюблик Я.О., Морська Н.Д., Беренда О.А. (0442703559).

#### **Реєстр. № 466/5/18**

1. **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити схеми лікування хворих на саркоїдоз органів дихання з резистентністю до терапії глюкокортикостероїдами або протипоказаннями до їх призначення», 0116U000184, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, В.
5. Немає.

6. Немає.
7. Новизна нововведення полягає у створенні алгоритму персоналізованої терапії хворих на саркоїдоз легень, який заснований на врахуванні протипоказань до призначення, переносимості та резистентності до глюкокортикостероїдної терапії, застосуванні імуносупресивної терапії, а також характеру відповіді на проведене лікування в кожному окремому випадку.
8. Застосування запропонованого алгоритму персоналізованої терапії дозволяє досягти клінічноговилікування у 97,0 % хворих на саркоїдоз легенів.
9. Не потребує.
10. Саркоїдоз легень.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Гаврисюк В.К., Меренкова Є.О., Дзюблик Я.О., Гуменюк Г.Л., Ячник А.І., Страфун О.В., Беренда О.А., Биченко О.В., Лещенко С.І., Морська Н.Д., Пендальчук Н.В., Шадріна О.В. (0442703559).

#### Реєстр. № 467/5/18

1. **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ ОЦІНКИ РІВНЯ ВТОМИ У ХВОРИХ НА САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.**
2. НДР «Розробити схеми лікування хворих на саркоїдоз органів дихання з резистентністю до терапії глюкокортикостероїдами або протипоказаннями до їх призначення», 0116U000184, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фізіатрія.
4. 2+,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у тому, що вперше для оцінки ефективності лікування хворих на саркоїдоз органів дихання застосована шкала оцінки рівня втоми. Шкала (Fatigue Assessment Scale (FAS) – складається із 10 запитань. П'ять питань відображають фізичну втому та 5 питань (питання 3 і 6-9) психічну втому. Відповідь на кожне питання повинна бути подана, навіть якщо на цей момент у людини немає жодних скарг. Оцінки на запитання 4 і 10 слід перекодувати (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Загальну оцінку FAS розраховують шляхом підсумовування балів за всіма питаннями (перекодований бал для запитань 4 та 10). Загальна оцінка становить від 10 до 50. Загальний показник FAS <22 свідчить про відсутність втоми, показник  $\geq 22$  – про наявність втоми. Показник FAS  $\geq 35$  свідчить про виражену стомлюваність.
8. Шкалу оцінки рівня втоми застосовують при встановленні діагнозу та на наступних візитах хворого в клініку, що дозволяє оцінити динаміку рівня втоми у хворих на саркоїдоз органів дихання як додатковий критерій оцінки ефективності лікування.
9. Не потребує.
10. Саркоїдоз органів дихання.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Гаврисюк В.К., Гуменюк Г.Л., Меренкова Є.О., Ячник А.І., Лещенко С.І.,

**Реєстр. № 468/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИЙ РЕЗИСТЕНТНИЙ ДО РИФАМПІЦИНУ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити короткострокові схеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», 0116U000185, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123867. МПК А61К 31/00, А61Р 31/06 (2006.01). Спосіб лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень / Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Чоботар О.П., Варицька Г.О.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201709644; заявл. 03.10.2017 ; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Пропонується до впровадження спосіб лікування хворих на вперше виявлений резистентний до рифампіцину туберкульоз легень, який полягає у тому, що пацієнтам із вперше виявленим резистентним до рифампіцину туберкульозом легень від початку інтенсивної фази лікування і до отримання тесту медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів, до стандартного режиму хіміотерапії, що включає щоденне застосування у середніх добових дозах за один прийом 5-ти ефективних ПТП додатково призначають препарат лінезолід дозою 600 мг 2 рази на добу до припинення бактеріовиділення за мазком мокротиння, після чого дозою 600 мг один раз на добу з подальшою корекцією режиму лікування після отримання тесту медикаментозної чутливості.
8. Завдяки застосуванню способу досягається підвищення частоти припинення бактеріовиділення на 31,9 %, зникнення клінічних проявів хвороби на 16,3 %, уникнення прогресування туберкульозного процесу внаслідок посилення бактерицидної дії режиму антимікобактеріальної терапії за рахунок включення до стандартного режиму препарату з вираженою бактерицидною дією – лінезоліду та однакова частота виникнення побічних реакцій, у тому числі виражених, за рахунок своєчасної та адекватної симптоматичної терапії, спрямованої на їх ліквідацію.
9. Протитуберкульозні препарати: піразинамід, левофлоксацин, канаміцин, циклосерин, протіонамід, які призначають щоденно у середніх добових дозах за один прийом та препарат лінезолід дозою 600 мг 2 рази на добу до припинення бактеріовиділення за мазком мокротиння, після чого дозою 600 мг один раз на добу перорально.
10. Хворі на резистентний до рифампіцину туберкульоз легень.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, периферична полінейропатія, які зникають при відміні препарату.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Чоботар О.П., Варицька Г.О. (0442754133).

**Реєстр. № 469/5/18**

1. **МЕТОД ВЕДЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ХІМІОТЕРАПІЮ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ**
2. НДР «Розробити короткострокові схеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», 0116U000185, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. У хворих на мультирезистентний туберкульоз здійснюють моніторинг побічних реакцій (ПР), що включає: проведення та оцінку результатів клініко-лабораторних та інструментальних методів діагностики протягом усього основного курсу хіміотерапії для встановлення ступеня вираженості ПР та призначення адекватного дезінтоксикаційного, симптоматичного лікування. Отримані дані реєструються онлайн на сайті Державного експертного Центру МОЗ України з метою подальшої обробки інформації.
8. Застосування моніторингу виявлення ПР та призначення адекватного лікування відповідно ступеню вираженості дозволяє досягти реєстрації виражених ПР (3-4 ступінь) менше ніж у 5,0 % випадків та зменшення частоти перерв лікування до 15,0 %.
9. Немає.
10. Хворі на мультирезистентний туберкульоз легень.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Фещенко Ю.І., Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Процик Л.М. (0442754133).

#### **Реєстр. № 470/5/18**

1. **МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ СКОРОЧЕНОГО 12-МІСЯЧНОГО РЕЖИМУ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ЛІНЕЗОЛІДУ СЕРЕД ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити короткострокові схеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», 0116U000185, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Хворим на мультирезистентний туберкульоз легень (без резистентності до фторхінолонів і аміноглікозидів/поліпептидів) протягом перших 5 місяців (інтенсивна фаза хіміотерапії) призначають стандартний режим, що включає піразинамід, левофлоксацин, канаміцин, протіонамід, циклосерин та додатково до них лінезолід у вигляді ступінчастої терапії – 1,2 г до припинення бактеріовиділення методом бактеріоскопії із переходом на дозу 0,6 г щодня та продовжують запропонований режим протягом підтримуючої фази хіміотерапії – 7 місяців, але без канаміцину.
8. Застосування запропонованої методики дозволяє підвищити показник «ефективне лікування» на 25,6 %, знизити показник «лікування перерване» на 9,3 % та показник «невдача лікування» на 11,6 % в порівнянні із стандартним 20-ти місячним режимом без лінезоліду. Використання скороченого 12-ти місячного режиму



- хіміотерапії для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз знижує вартість-ефективність у 1,5 рази.
9. Протитуберкульозні препарати піразинамід, левофлоксацин, канаміцин, протіонамід, циклосерин призначають перорально щоденно у середніх добових дозах за один прийом, лінезолід – 1,2 г до припинення бактеріовиділення методом бактеріоскопії із переходом на дозу 0,6 г перорально щоденно.
  10. Хворі на мультирезистентний туберкульоз легень.
  11. Підвищена чутливість до компонентів препарату лінезолід.
  12. Анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, периферична полінейропатія, які зникають при відміні препарату лінезолід.
  13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
  14. Немає.
  15. Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Варицька Г.О., Давиденко В.В. (0442754133).

### Реєстр. № 471/5/18

1. **МЕТОДИКА ПРИЗНАЧЕННЯ СКОРОЧЕНОГО 12-ТИ МІСЯЧНОГО КУРСУ ЛІКУВАННЯ НА ОСНОВІ ЛІНЕЗОЛІДУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ ПРЕ-РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ.**
2. НДР «Розробити короткострокові схеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», 0116U000185, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Хворим із пре-розширеною резистентністю в інтенсивну фазу хіміотерапії протягом 6 місяців призначають додатково до стандартного режиму, що включає піразинамід, капреоміцин, моксифлоксацин, протіонамід, циклосерин, ізоніазид, препарат лінезолід у вигляді ступінчатої терапії – 1,2 г щоденно до припинення бактеріовиділення методом бактеріоскопії із переходом на дозу 0,6 г щоденно, продовжують запропонований режим протягом підтримуючої фази хіміотерапії – 6 місяців, але без капреоміцину.
8. Застосування 12-ти місячного режиму антимікобактеріальної терапії із включенням препарату лінезолід дозволяє підвищити показник «ефективне лікування» на 43,7 % без збільшення кількості побічних реакцій та покращити показник вартість-ефективність у 2,4 рази в порівнянні із стандартним 20-ти місячним режимом.
9. Протитуберкульозні препарати: піразинамід, капреоміцин, моксифлоксацин, протіонамід, циклосерин, ізоніазид призначають перорально щоденно у середньодобових дозах, препарат лінезолід призначають у вигляді ступінчатої терапії – 1,2 г щоденно до припинення бактеріовиділення методом бактеріоскопії із переходом на дозу 0,6 г перорально щоденно.
10. Хворі на туберкульоз легень із пре-розширеною резистентністю.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату лінезолід.
12. Анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, периферична полінейропатія, які зникають при відміні препарату лінезолід.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Щербакова Л.В., Чоботар О.П. (0442754133).

#### Реєстр. № 472/5/18

- 1. ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СТУПІНЧАТОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ПРЕПАРАТАМИ.**
- НДР «Розробити короткострокові схеми лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз», 0116U000185, 2016-2018 рр.
- Пульмонологія та фтизіатрія.
- 2+,С.
- Немає.
- Немає.
- Хворим на мультирезистентний туберкульоз легень, який діагностовано за допомогою швидкого молекулярно-генетичного методу GeneXpert, на стаціонарному етапі до припинення бактеріовиділення за методом бактеріоскопії призначають ступінчасту терапію, що включає призначення 7 ефективних протитуберкульозних препаратів щоденно: піразинамід, канаміцин, циклосерин, протіонамід перорально, а лінезолід, левофлоксацин і ПАСК – внутрішньовенно; на амбулаторному етапі після припинення бактеріовиділення призначають усі перелічені препарати перорально до 5 місяців інтенсивної фази хіміотерапії та продовжують запропонований режим протягом підтримуючої фази хіміотерапії до 12 місяців, але без канаміцину.
- Застосування технології дозволяє підвищити ефективність лікування хворих з новими випадками мультирезистентного туберкульозу легень до 76,6 % та скоротити термін припинення бактеріовиділення в 2 рази, що дозволило зменшити період перебування пацієнта в стаціонарі та, за рахунок цього, зменшити вартість лікування на одного хворого у 1,1 рази.
- Протитуберкульозні препарати: піразинамід, канаміцин, циклосерин, протіонамід призначають перорально щоденно у середніх добових дозах за один прийом, а лінезолід – 10-20 мг/кг, левофлоксацин – 7,5-10 мг/кг і ПАСК 150 мг/кг – внутрішньовенно, на амбулаторному етапі після припинення бактеріовиділення призначають усі перелічені препарати перорально щоденно у середніх добових дозах за один прийом та продовжують запропонований режим протягом підтримуючої фази хіміотерапії до 12 місяців, але без канаміцину.
- Хворі на вперше виявлений мультирезистентний туберкульоз легень, який діагностовано за допомогою швидкого молекулярно-генетичного методу GeneXpert.
- Підвищена чутливість до компонентів препарату лінезолід.
- Анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, периферична полінейропатія, які зникають при відміні препарату лінезолід.
- Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
- Немає.
- Литвиненко Н.А., Погребна М.В., Сенько Ю.О., Варицька Г.О., Гуменюк М.І. (0442754133).

#### Реєстр. № 473/5/18

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ОБСТРУКЦІЇ ДРІБНИХ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.**
- НДР «Розробити алгоритм діагностики, ведення і прогнозування тяжкого перебігу бронхіальної астми із урахуванням фенотипів захворювання», 0116U000188, 2016-2018 рр.

3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115608. МПК А61В 5/08 (2006.01), А61В 5/091 (2006.01). Спосіб діагностики обструкції дрібних бронхів у хворих на бронхіальну астму / Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Опімах С.Г., Назаренко К.В., Ігнат'єва В.І., Полянська М.О., Зволь І.В., Москаленко С.М.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № а201601447; заявл. 18.02.2016; опубл. 27.11.2017. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Суть нововведення, яке пропонується для впровадження полягає в проведенні капнометрії – визначенні парціального тиску вуглекислого газу наприкінці видиху та середнього парціального тиску вуглекислого газу протягом видиху, і при значенні парціального тиску вуглекислого газу наприкінці видиху понад 4,50 кПа з одночасним підвищенням середнього парціального тиску вуглекислого газу протягом видиху понад 3,07 кПа – діагностують обструкцію дрібних бронхів. Спосіб є простим, фізіологічним, проводиться під час спокійного, звичайного для пацієнта дихання, не залежить від фізичних можливостей хворого, розуміння інструкцій, зусиль, мотивації та співпраці пацієнта з дослідником, не потребує проведення тривалих, методично складних і вартісних досліджень. Проведення капнометрії дозволяє діагностувати обмеження повітряного потоку на рівні дрібних бронхів та своєчасно призначати відповідну медикаментозну терапію і необхідне додаткове лікування, а отже – підвищити ефективність лікування цього контингенту хворих та продовжити тривалість їх життя.
8. Застосування способу дозволяє підвищити точність діагностики щонайменше на 22,0 %, покращити переносимість діагностичної процедури та зменшити складність її проведення. Спосіб має високі показники чутливості, специфічності та прогностичної цінності, які повністю задовольняють вимоги до клінічних тестів.
9. Капнометр, персональний комп'ютер.
10. Хворі на бронхіальну астму.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України”.
14. Немає.
15. Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Зволь І.В., Ігнат'єва В.І., Москаленко С.М., Назаренко К.В., Опімах С.Г., Полянська М.О. (0442752733).

#### Реєстр. № 474/5/18

1. **КРИТЕРІЙ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ДО КАНАМЦИНУ В РІДКОМУ ЖИВИЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ МІДДЛБРУК 7Н9 В СИСТЕМІ ВАСТЕС MGIT 960.**
2. НДР «Провести епідеміологічне і молекулярно-генетичне дослідження щодо розповсюдження хіміорезистентних штамів *M. tuberculosis* в Україні», 0116U000190, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає в тому, що за методом пропорцій в рідкому живильному середовищі Міддлбрук 7Н9 в системі ВАСТЕС MGIT 960 до різних концентрацій

препарату – від 0,625 до 40,0 мкг/мл визначена «критична» концентрація канаміцину – 2,5 мкг/мл, яка є критерієм резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) до цього препарату. Як контроль використана контрольна міжнародна панель МБТ з відомими результатами медикаментозної чутливості до канаміцину. «Критична» концентрація – це строго визначена кількість медикаментозного препарату, яку повинно містити середовище для постановки тесту медикаментозної чутливості.

8. Встановлення критерію резистентності до протитуберкульозного препарату 2-го ряду – канаміцину дозволило розширити спектр визначення медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів в рідкому живильному середовищі Міддлбрук 7Н9 в системі ВАСТЕС MGIT 960 та забезпечило стандартизацію визначення медикаментозної чутливості МБТ до канаміцину.
9. Система ВАСТЕС MGIT 960, центрифуга з охолодженням та прискоренням не менше 3000–3500 G, вортекс, МакФарландметр, піпетки з наконечниками.
10. Визначення ступеню медикаментозної стійкості до канаміцину в рідкому живильному середовищі Міддлбрук 7Н9 в системі ВАСТЕС MGIT 960.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Журило О.А., Барбова А.І., Трофімова П.С., Миронченко С.В., Алієва Н.М. (0442755430).

#### Реєстр. № 475/5/18

1. **АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА РІЗНИХ РІВНЯХ НАДАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ.**
2. НДР «Провести епідеміологічне і молекулярно-генетичне дослідження щодо розповсюдження хіміорезистентних штамів *M. tuberculosis* в Україні», 0116U000190, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає в тому, що вперше створені стратегічні напрями лабораторної діагностики туберкульозу в Україні, які віддзеркалюють міжнародні рекомендації та враховують поточну ситуацію в країні, для визначення функціонування системи лабораторної діагностики туберкульозу на найближчі роки. Алгоритм лабораторної діагностики туберкульозу передбачає перегляд операційних процедур з діагностики туберкульозу з урахуванням нових генотипічних методів; впровадження системи управління якістю досліджень у лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику туберкульозу; розробку нормативної бази і створення електронної бази для епідеміологічного нагляду. Новизна розробки полягає у створенні системи епідеміологічного нагляду за медикаментозною резистентністю мікобактерій туберкульозу і електронної бази даних циркуляції мікобактерій в Україні.
8. Застосування нововведення дозволяє підвищити результативність основних індикаторів лабораторної діагностики туберкульозу відповідно до загальноєвропейських в рамках стратегії EndTB, що призведе до покращання доступу населення до якісних лабораторних послуг щодо діагностики туберкульозу,

зокрема до швидких методів діагностики, та посилення спроможності системи охорони здоров'я стосовно лабораторної діагностики туберкульозу з огляду на процеси реформування.

9. Стандартне обладнання лабораторії на різних рівнях надання медичної допомоги при туберкульозі.
10. Для удосконалення та оптимізації роботи мережі бактеріологічних лабораторій протитуберкульозної служби України і стандартизації основних методів, які використовуються при верифікації діагнозу «туберкульоз».
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Фешенко Ю.І., Журило О.А., Барбова А.І., Хейло О.Е., Сметаніна О.Р., Карнаухова М.М., Гріцова Н.А., Алієва Н.М. (0442755430).

### Реєстр. № 476/5/18

1. **АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ НОВОЇ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОЇ СИСТЕМИ GENE XPRT MTB/RIF ULTRA.**
2. НДР «Провести епідеміологічне і молекулярно-генетичне дослідження щодо розповсюдження хіміорезистентних штамів *M. tuberculosis* в Україні», 0116U000190, 2016-2018 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає в тому, що в загальноприйнятій в Україні схемі лабораторної діагностики туберкульозу з однієї проби включений тест Gene Xpert MTB/RIF Ultra, в якому для підвищення чутливості виявлення мікобактерій туберкульозу (МБТ) в дослідному матеріалі використаний аналіз температури плавлення ДНК в полімеразно-ланцюговій реакції з швидким термоциклуванням, а для визначення мутацій стійкості МБТ до рифампіцину використані чотири зонди, що визначають область гена *rpoB*.
8. Застосування системи Gene Xpert MTB/RIF Ultra в схемі лабораторної діагностики туберкульозу дозволяє підвищити чутливість виявлення мікобактерій туберкульозу у дослідному матеріалі в 10 разів, скоротити строки їх виявлення в 2 рази та підвищити точність визначення медикаментозної чутливості МБТ до рифампіцину.
9. Система Gene Xpert MTB/RIF Ultra, програмне забезпечення GeneXpert версії 4.7b або вище.
10. Використання системи Gene Xpert MTB/RIF Ultra в якості початкового діагностичного тесту для дорослих і дітей з ознаками і симптомами легеневого туберкульозу, а також тестування позалегенових зразків (спинно-мозкова рідина, біоптати лімфатичних вузлів і тканин).
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Журило О.А., Барбова А.І., Жеребко Н.М., Трофімова П.С., Миронченко С.В. (0442755430).

1. СПОСІБ БІОПСІЇ ЛЕГЕНІ ПРИ СИНДРОМІ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ.
2. НДР «Вивчити частоту, структуру, клінічні особливості, результати лікування і можливості прогнозування ризику туберкульозу у медичних працівників», 0115U005364, 2015-2019 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123143. МПК А61В 1/00, А61В 17/00. Спосіб біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу / Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Демус Р.С., Терешкович О.В., Конік Б.М., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Клименко В.І., Леванда Л.І.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201709160; заявл. 18.09.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу, що включає виконання відеоторакоскопії на стороні більшого ураження за загально визнаними правилами торакальної хірургії, встановлення першого торакопорту, візуальне визначення місця біопсії, встановлення другого торакопорту, виконання крайової резекції ураженого відділу легені за допомогою одноразового ендоскопічного зшивального апарату, направлення біоптату легені на мікробіологічне, цитологічне і гістологічне дослідження, виконання контролю аеро- і гемостазу та здійснення дренажу плевральної порожнини, який відрізняється тим, що крайову резекцію ураженого відділу легені виконують таким чином, щоб утворилась ніжка, яка зв'язує біоптат з легенею, ніжку біоптату перев'язують за допомогою шовного матеріалу і пересікають ендоскопічними ножицями.
8. Упровадження даного методу в порівнянні з наявними аналогами дозволяє суттєво зменшити травматизм процедури біопсії у пацієнтів з легеневою дисемінацією, краще контролювати процеси аеро- і гемостазу, знизити ризик розвитку кровотечі з місця проведення біопсії, що має позитивні медичні і економічні наслідки.
9. Кадрові ресурси – лікарі фтизіатри, торакальні хірурги, лікарські засоби – перекис водню, антибактеріальні засоби, вироби медичного призначення – фібробронхоскоп, спіральний комп'ютерний томограф, хірургічний інструментарій, відеоторакоскопічна апаратура, операційний стіл.
10. Синдром легеневої дисемінації неясного генезу.
11. Коагулопатія, що не корегується, гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, облітерація плевральної порожнини.
12. Больовий синдром, нагноєння післяопераційної рани, кровотеча. З метою запобігання та усунення можливих ускладнень або помилок при застосуванні даного методу слід враховувати протипоказання до його використання, застосовувати анальгетики, анестетики, антибактеріальні засоби, антикоагулянти.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України». 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
15. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. (0442755711), Опанасенко М.С.

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ВІДНОВЛЕННЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ В УМОВАХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ДИНАМІЧНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ.**
2. НДР «Особливості діагностики, прогнозування розвитку ускладнень та лікування деяких хірургічних захворювань органів черевної порожнини у хворих з генетично детермінованими предикторами їх несприятливого перебігу», 0116U002936, 2016-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 3,D.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 126856. МПК А61К 33/00, А61Р 1/00, А61Р 3/00, А61М 5/00. Спосіб комплексного відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника в умовах післяопераційної динамічної кишкової непрохідності / Полянський І.Ю., Москалюк В.І., Москалюк І.І., Андрієць В.В.; заявник і патентовласник ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». – № u201800509; заявл. 18.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Післяопераційна кишкова непрохідність є особливим видом непрохідності, при якій функціональний парез кишки переважно зумовлений механічним порушенням анатомічної цілісності структур мейснерівського та аурбахівського нервових сплетень внаслідок оперативного втручання на порожнистих органах травлення. Патофізіологічні процеси, що відбуваються у медіаторних системах переважно парасимпатичного відділу нервової системи в умовах пошкодження, мають безпечний вплив на функціональний статус гладеньких м'язів стінки кишки. З моменту виникнення запалення або ж анатомічного пошкодження тканин виникають ноцицептивні (больові) надлишкові збудження холінергічних структур, що призводять до тривалого спазму гладеньких м'язів. Під час цієї ініціальної стадії відновлення скоротливої здатності кишечника можливе лише за рахунок гальмування запорогової холіноміметичної збудливості та відновлення нормальної чутливості. У післяопераційному періоді для комплексного відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника в умовах післяопераційної динамічної кишкової непрохідності інтраопераційно за допомогою товстої голки заочеревинно заводять катетер у брижу кишки та вводять препарат нефопаму гідрохлорид, який володіє серотонінміметичним ефектом, по 2 мл через катетер кратністю 1 раз на добу, внутрішньом'язово – по 2 мл до 5 раз на добу.
8. Підвищення ефективності комплексного лікування хірургічних хворих з післяопераційними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишок, зниження ризику післяопераційних ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційних періодах, зменшення терміну перебування хворого в реанімаційному відділенні в післяопераційному періоді, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого. Медична ефективність: покращення результатів лікування хірургічних хворих, прооперованих на порожнистих органах травлення, внаслідок комплексного медикаментозного впливу; попередження розвитку післяопераційної динамічної кишкової непрохідності, зменшення післяопераційної летальності. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти післяопераційних ускладнень, пов'язаних з порушеннями функцій кишок. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих, прооперованих на порожнистих органах травлення, шляхом підвищення

- ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування комплексного медикаментозного лікування, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого).
9. Розчин нефопаму гідрохлориду (20 мг – 2,0 мл), поліпропіленова трубка (катетер), що встановлюється у брижу кишки заочеревинно, товста голка, провідник.
  10. Інтраопераційні ознаки розвитку післяопераційної динамічної кишкової непрохідності.
  11. Індивідуальна непереносимість медичного препарату.
  12. Для більш ефективного локального впливу медичного препарату слід катетер у брижі кишки інтраопераційно підводити максимально близько до брижового краю кишки.
  13. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.
  14. Немає.
  15. Полянський І.Ю. (0505192472), Москалюк В.І. (0501061494), Москалюк І.І. (0506662550), Андрієць В.В. (0505930622).

### Реєстр. № 479/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ.**
2. НДР «Розробка, обґрунтування і впровадження нових методів профілактики та лікування трофічних та гнійно-некротичних ускладнень захворювань нижніх кінцівок судинного генезу з використанням фізичних чинників», 0118U001192, 2018-2022 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 120254. МПК (2017.01) А61К 31/00, А61N 1/18, А61М 31/00. Спосіб лікування гострого панкреатиту / Іфтодій А.Г., Гребенюк В.І., Більцан О.В., Козловська І.М.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201704398; заявл. 03.05.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого панкреатиту передбачає комплексну інфузійну терапію лікарських засобів, який відрізняється тим, що на фоні інфузійної терапії приєднують вплив електричного поля постійного струму за методикою внутрішньотканинного електрофорезу зі щільністю струму 0,1-0,15 мА/см<sup>2</sup> за допомогою гальванічного апарата «Поток-1» із тривалістю процедури 60-90 хвилин, 1 раз на добу протягом 7-10 діб, із розташуванням пасивного електрода на передній черевній стінці та активного білатерального електрода на задній поверхні спини, з фіксацією гідрофільних прокладок до поверхні тіла за допомогою бандажа в сидячому положенні пацієнта та заповненням порожнини шлунка перорально або через зонд негазованою мінеральною водою з лужним рН.
8. Використання запропонованого способу лікування гострого панкреатиту підвищує ефективність внутрішньотканинного електрофорезу шляхом створення умови для оптимального проходження силових ліній електричного поля постійного струму, дозволяє пришвидшити ліквідацію запального процесу в підшлунковій залозі, підвищити ефективність лікування хворих на дану патологію, запобігти розвитку можливих ускладнень (розвиток некробіотичних змін у підшлунковій залозі та прилеглих тканинах). Запропонований спосіб простий у виконанні, не потребує додаткових засобів та спеціальних технічних навичок, може використовуватися у хірургічному відділенні будь-якого профілю.
9. Апарат гальванічний з гідрофільними прокладками та пластинами електродів,



- негазована мінеральна вода з лужним рН.
10. Гострий панкреатит.
  11. Немає.
  12. Не спостерігались при дотриманні процедури виконання, відповідних показань та протипоказань до застосування методу.
  13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
  14. Немає.
  15. Іфтодій А.Г. (0954666377), Гребенюк В.І. (0506189401), Більцан О.В. (0505602415), Козловська І.М. (0506705913).

#### Реєстр. № 480/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ ХРОНІЧНИХ РАН З РУЙНУВАННЯМ МІКРОБНИХ БІОПЛІВОК.**
2. НДР «Розробка, обґрунтування і впровадження нових методів профілактики та лікування трофічних та гнійно-некротичних ускладнень захворювань нижніх кінцівок судинного генезу з використанням фізичних чинників», 0118U001192, 2018-2022 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120259. МПК (2017.01) А61N 1/00. Спосіб лікування інфікованих хронічних ран з руйнуванням мікробних біоплівки / Іфтодій А.Г., Козловська І.М., Кухтин М.Д., Гребенюк В.І.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u201704415; заявл. 03.05.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі покладено завдання підвищити ефективність лікування інфікованих хронічних ран шляхом додаткового проведення сеансу електрофорезу, який зменшує щільність і руйнує екзополісахаридний матрикс мікробної біоплівки (внаслідок цього бактерії стають чутливими до дії протимікробних засобів) і передбачає проведення сеансу внутрішньотканинного електрофорезу хворому з інфікованою хронічною раною після попередньої санації рани розчинами антисептиків проводять сеанс внутрішньотканинного електрофорезу ранового дефекту густиною струму  $0,05 \text{ мА/см}^2$  (до відчуття легкого пощипування) упродовж 60 хв до або під час санації антимікробними препаратами один раз на добу протягом 5-10 діб.
8. Дія електричного поля постійного струму, який зменшує щільність і руйнує екзополісахаридний матрикс мікробної біоплівки, підвищує чутливість патогенної мікрофлори у мікробних біоплівках хронічних ранових дефектів до дії протимікробних засобів та забезпечує кращий контакт антибактеріальних препаратів із мікрофлорою, забезпечить оптимальний бактерицидний ефект і швидко елімінацію патогенної мікрофлори із хронічних ран, що тривало не загоюються. Деградація матриксу біоплівки електрофорезом позбавляє мікробні клітини захисту, а застосування антимікробних препаратів забезпечує бактерицидний ефект, що сприятиме ерадикації хронічної інфікованої рани від патогенетичного збудника та її загоюванню.
9. Апарат гальванічний з гідрофільними прокладками та пластинами електродів, антибактеріальні лікарські засоби.
10. Хронічні ранові дефекти будь якої етіології та локалізації.
11. Немає.

12. Не спостерігались при дотриманні процедури виконання, відповідних показань та протипоказань до застосування методу.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Іфтодій А.Г. (0954666377), Козловська І.М. (0506705913), Кухтин М.Д. (0972392057), Гребенюк В.І. (0506189401).

#### Реєстр. № 481/5/18

1. **МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА РАДИКАЛЬНОСТІ ВИДАЛЕННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПІДСЛИЗОВОЇ ДИСЕКЦІЇ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Патологічна анатомія, хірургія, гастроентерологія, проктологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обов'язковим критерієм радикальності ендоскопічного втручання є повнота резекції колоректальних неоплазій. За допомогою резекції слизової оболонки або ендоскопічної підслизової дисекції можна повністю видалити досить великі утворення, і це особливо важливо, якщо розмір утворення більше, ніж 1,5 см і є підозра на підслизову інвазію. Після видалення колоректальних неоплазій єдиним блоком, легше точно оцінити глибину інвазії і краї резекції гістологічно. На операційному матеріалі до фіксації формаліном маркують оральний і каудальний кінці; вирізка зразка проводиться на кожні 2 мм. Патогістологічне дослідження видалених колоректальних неоплазій повинно включати макроскопічний опис, розмір, ступінь диференціювання і ступінь пухлинної інвазії. Обов'язково повинні бути описані наявність або відсутність васкулярної інвазії, а також стан країв резекції.
8. Даний алгоритм передбачає морфологічну оцінку колоректальних неоплазій після проведення резекції слизової оболонки або ендоскопічної підслизової дисекції – інноваційних ефективних і безпечних методів мініінвазивного лікування. У разі наявності інвазивного росту, нерадикального видалення, що встановлюється після морфологічного дослідження операційного матеріалу, необхідно розглядати резекцію або дисекцію як розширену біопсію перед подальшою радикальною операцією.
9. Патоморфологічна лабораторія; мікроскоп Axiostar plus.
10. Для морфологічної діагностики радикальності видалення колоректальних неоплазій після проведення резекції слизової оболонки або ендоскопічної підслизової дисекції.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Яковенко В.О. (0503818130), Курик О.Г. (0676471735), Ткаченко Р.П. (0677006827), Губар О.С. (0939888888).

#### Реєстр. № 482/5/18

1. **СПОСІБ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОГО СИМУЛЬТАННОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИНИ ЛІВОЇ НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗИ, ПОЄДНОЇ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ.**
2. НДР «Периопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», 0117U006955, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123948. МПК (2018.01) А61В 17/00. Спосіб відеолапароскопічного симультанного лікування пухлини лівої надниркової залози, поєднаної з жовчнокам'яною хворобою / Завгородній С.М., Рилов А.І., Кубрак М.А., Данилюк М.Б.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201710468; заявл. 30.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб відеолапароскопічного симультанного лікування пухлини лівої надниркової залози, поєднаної з жовчнокам'яною хворобою шляхом проведення оперативного втручання в положенні хворого на операційному столі з піднятим на 30-35 градусів боком, який відрізняється тим, що першим етапом виконують лапароскопічну адреналектомію зліва з введенням в загальноприйнятих точках трьох троакарів і подальшим виконанням лапароскопічної холецистектомії, після повороту операційного стола на 30-35 градусів вліво та додаткового введення одного троакару 5 мм на 4 см нижче реберної дуги по передньоаксиллярній лінії справа.
8. Зниження інтраопераційного ризику розвитку нестабільності гемодинаміки; скорочення тривалості оперативного втручання, зменшення травматизації під час оперативного втручання.
9. Хірургічна бригада: оперуючий хірург та два асистенти; відеолапароскопічна стійка зі стандартним набором лапароскопічного інструментарію; операційний стіл з можливістю бокового повороту.
10. Хірургічне лікування хворих з пухлиною лівої надниркової залози, поєднаною з жовчнокам'яною хворобою.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра хірургії та анестезіології ФПО, тел. (061) 233-71-52.
14. Немає.
15. Завгородній С.М., Рилов А.І., Кубрак М.А. (0957007893), Данилюк М.Б.

#### **Реєстр. № 483/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОЄДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ВИБОРУ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Периопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», 0117U006955, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 128139. МПК (2018.01) G01N 33/48 (2006.01), А61В 5/00, А61В 8/00, А61В 6/03 (2006.01). Спосіб діагностики поєднаної хірургічної патології та вибору тактики оперативного втручання у пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи / Завгородній С.М., Кубрак М.А., Рилов А.І.,

- Данилюк М.Б.; заявник і патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № u201801341; заявл. 12.02.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
  7. Спосіб діагностики поєднаної хірургічної патології та вибору тактики оперативного втручання у пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи шляхом дослідження даних анамнезу, віку, артеріального тиску, пульсу, пальпаторного обстеження, гормонального дослідження, ультразвукової діагностики (УЗД) щитоподібної залози, що відрізняється тим, що використовують послідовний алгоритм обстеження пацієнта, який складається з чотирьох етапів.
  8. Підвищення рівня діагностики поєднаної хірургічної патології у пацієнтів із ендокринними захворюваннями; зменшення ризику для здоров'я хворого при виборі тактики оперативного втручання; зменшення вірогідності розвитку ускладнень; позитивний економічний ефект за рахунок відсутні витрат на повторну госпіталізацію, обстеження, операцію та післяопераційну консервативну терапію пацієнта.
  9. Лікар-хірург, апарат УЗД, рентген-апарат, електрокардіограф, спірограф, комп'ютерний томограф, біохімічний аналізатор, аналізатор спектрометричний, апарат проточної цитометрії або набір для загального аналізу крові.
  10. Діагностика поєднаної хірургічної патології у пацієнтів з ендокринними захворюваннями та вибір тактики оперативного втручання у даної групи пацієнтів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, посп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра хірургії та анестезіології ФПО, тел. (061) 233-71-52.
  14. Немає.
  15. Завгородній С.М., Кубрак М.А. (0957007893), Рилов А.І., Данилюк М.Б.

#### Реєстр. № 484/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ НАКЛАДАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ.**
2. НДР «Застосування мультимодальних підходів до лікування пацієнтів хірургічного профілю», 0116U003802, 2016-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 121915. МПК (2017.01) А61В 17/00, А61М 39/00. Спосіб профілактики ускладнень після накладання товстокишкового анастомозу / Милиця М.М., Милиця К.М., Стебляк В.В.; заявники та патентовласники ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201704946; заявл. 22.05.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу профілактики ускладнень після накладання товстокишкового анастомозу шляхом запобігання накладання превентивної колостоми без необхідності з можливістю швидко підтягнути кишку для накладання стоми у разі виникнення необхідності, що дасть можливість попередити повторні оперативні втручання. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який полягає у проведенні резекції товстої кишки з первинним накладанням товстокишкового анастомозу і фіксації проксимального відділу товстої кишки до передньої черевної стінки. Під товсту кишку у проекції її передбаченої фіксації проводять стерильну ПХВ трубку діаметром 0,3-0,5 см, а її кінці виводять через окрему контрапертуру до 1 см, та фіксують до шкіри одним

швом і у випадку відсутності ускладнень, в зоні первинного анастомозу, через 10-12 діб ПХВ трубку вилучають, а у випадку виникнення неспроможності товстокишкового анастомозу, товсту кишку виводять назовні, підтягуючи за два кінці ПХВ трубки та формують колостому. Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у тому, що метод дозволяє попередити повторне оперативне лікування з метою реконструкції товстої кишки, дає можливість виконати менший розріз передньої черевної стінки, зменшити труднощі у пошуку та ідентифікації товстої кишки, дозволяє провести етап виведення колостоми під місцевим знеболенням. Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень, скоротити післяопераційний період та попередити повторні втручання з метою реконструкції товстої кишки. Спосіб здійснюють таким чином. Хворому під загальним наркозом виконують оперативне втручання, основним етапом якого є резекція товстої кишки та накладання товстокишкового анастомозу. Одномоментно під товсту кишку у проекції її передбаченої фіксації проводять стерильну ПХВ трубку діаметром 0,3-0,5 см, а її кінці виводять через окрему контрапертуру та фіксують одним швом. У випадку виникнення неспроможності товстокишкового анастомозу, товсту кишку виводять назовні, підтягуючи за два кінці ПХВ трубки та формують колостому.

8. Медична ефективність: Вищезазначений спосіб профілактики ускладнень після накладання товстокишкового анастомозу дозволяє: 1) уникнути можливий розвиток ускладнень, пов'язаних з формуванням колостоми; 2) уникнути всіх незручностей, пов'язаних з доглядом за стоною; 3) провести операцію по виведенню колостоми під місцевим знеболюванням. Соціальна ефективність: Застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить відвернути появу нових ускладнень. Економічна ефективність: Запропонований спосіб профілактики ускладнень після накладання товстокишкового анастомозу дозволить скоротити час оперативного втручання, строки післяопераційного періоду та зменшити собівартість лікування.
9. Великий операційний набір інструментів для проведення резекції товстої кишки та накладання товсто кишкового анастомозу, стерильна ПХВ трубка діаметром 0,3-0,5 см.
10. Профілактика ускладнень після накладання товстокишкового анастомозу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25, факс (061) 224-37-25, кафедра хірургії і проктології.
14. Немає.
15. Милиця М.М. (0676128503), Милиця К.М., Стеблянко В.В.

#### **Реєстр. № 485/5/18**

1. СПОСІБ УКРІПЛЕННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ.
2. НДР «Застосування мультимодальних підходів до лікування пацієнтів хірургічного профілю», 0116U003802, 2016-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 129831. МПК (2018.01) А61В 17/00. Спосіб укріплення товстокишкового анастомозу / Милиця М.М., Милиця

К.М., Стеблянок В.В.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u201806256; заявл. 04.06.2018; опубл. 12.11.2018, Бюл. № 21.

6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу укріплення товстокишкового анастомозу шляхом застосування сучасного біологічного адгезиву Н-бутилціанокрилату «Катсил», що забезпечить підвищення ефективності лікування та зменшення розвитку можливих ускладнень. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який полягає у нанесенні клейової субстанції на лінію шва анастомозу, новим є те, що на лінію шва сформованого товстокишкового анастомозу наносять адгезив Н-бутилціанокрилату «Катсил» за допомогою інсулінового шприца тонким шаром з захопленням та покриттям 0,4-0,5 см проксимальної та дистальної стінок товстої кишки, які формують лінію з'єднання з заповненням найбільш важко доступних місць брижового краю товстої кишки. Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у тому, що метод дозволяє забезпечити фізичне укріплення анастомозу, за допомогою формування «біологічної» непроникуваності лінії з'єднання, таким чином є можливість відмовитись від додаткового накладання серозно-м'язових «герметуючих» швів, зменшити «травматизацію» анастомозу, уникнути можливих ускладнень. Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень, скоротити післяопераційний період. Спосіб здійснюють таким чином. Хворому під загальним наркозом виконують оперативне втручання, основним етапом якого є резекція товстої кишки та накладання однорядного товстокишкового анастомозу. На лінію шва сформованого товстокишкового анастомозу додають адгезив Н-бутилціанокрилату «Катсил». Нанесення здійснюється за допомогою інсулінового шприца, тонким шаром з захопленням та покриттям 0,4-0,5 см проксимальної та дистальної стінок товстої кишки, які формують лінію з'єднання з заповненням найбільш важкодоступних місць брижового краю товстої кишки. Матеріал зволожує поверхню, на яку він наноситься та легко формує тонку плівку і протягом 10 секунд відбувається його полімеризація, що забезпечує фізичне укріплення анастомозу, досягається «біологічна» непроникуваність лінії з'єднання та зменшення інфікування черевної порожнини.
8. Медична ефективність: Вищезазначений спосіб укріплення товстокишкового анастомозу дозволяє: 1) відмовитись від додаткового накладання серозно-м'язових швів; 2) зменшити «травматизацію» анастомозу; 3) зменшити рівень можливих ускладнень. Соціальна ефективність: Застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить відвернути появу нових ускладнень. Економічна ефективність: Запропонований спосіб укріплення товстокишкового анастомозу дозволить зменшити кількість використаного шовного матеріалу, скоротити час оперативного втручання, строки післяопераційного періоду та зменшити собівартість лікування.
9. Великий операційний набір інструментів для проведення резекції товстої кишки та накладання товстокишкового анастомозу, інсуліновий шприц, біологічний адгезив Н-бутилціанокрилат «Катсил».
10. Укріплення товстокишкового анастомозу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 224-37-25, факс (061) 224-37-25, кафедра хірургії і проктології.

14. Немає.

15. Милиця М.М. (0676128503), Милиця К.М., Стеблянко В.В.

### Реєстр. № 486/5/18

- СПОСІБ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ.**
- НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
- Хірургія.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 102079. МПК А61К 31/00. Спосіб фармакоterapiї больового синдрому при гострому панкреатиті / Андрющенко В.П., Куновський В.В., Андрющенко Д.В.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201504447; заявл. 06.05.2015; опубл. 12.10.2015. Бюл. № 19.
- Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів, ендоскопістів, гастроентерологів.
- Запропоновано інноваційний спосіб новий підхід до фармакоterapiї при гострому панкреатиті шляхом включення у консервативну терапію ліквідації больового синдрому комбінації лікарських середників, що відповідає основам мультимодальної аналгезії за принципом «ступінчастої терапії» і ґрунтується на етіопатогенетичних засадах розвитку гострого панкреатиту. Поставлене завдання вирішується тим, що у способі фармакоterapiї больового синдрому при гострому панкреатиті, застосовують опрацьовану комбінацію лікарських препаратів, що включає комбіноване (внутрішньовенне та внутрішньом'язове) використання спазмолітика (м-холінолітика) у поєднанні з нестероїдним протизапальним препаратом, згідно з корисною моделлю, додатково, починаючи з другої доби госпіталізації хворого, перорально застосовують ко-анальгетик Ентероспазмил у поєднанні з комбінованим внутрішньовенним використанням спазмолітика (м-холінолітика) Спазмобрю та внутрішньом'язовим – нестероїдного протизапального препарату Диклобрю. Спосіб здійснюють таким чином: перша доба – Спазмобрю 20 мг на 400 мл 0,9 % розчині ТЧаСІ внутрішньовенно два рази на добу та Спазмобрю 20 мг внутрішньом'язово один раз на добу у поєднанні з дом'язовим введенням Диклобрю 75 мг два рази на добу; друга доба – Спазмобрю 20 мг на 400 мл на 0,9 % розчині ІМаСІ внутрішньовенно один раз на добу та Спазмобрю 20 мг внутрішньом'язово два рази на добу у поєднанні з дом'язовим введенням Диклобрю 75 мг один раз на добу і перорально ко-анальгетик Ентероспазмил по 1 капсулі чотири рази на добу.
- Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги хворим, буде сприяти суттєвому покращенню результатів лікування пацієнтів на гострий панкреатит. Клінічний ефект запропонованого способу відслідковується у повній ліквідації больового синдрому у пацієнтів з гострим панкреатитом, дозволяє досягти більшої контрольованості патологічного процесу, сприяє оптимізації лікувальної тактики у даної категорії хворих.
- Комбінація лікарських препаратів: Ентероспазмил, Спазмобрю, Диклобрю.
- Пацієнти з гострим ураженням підшлункової залози (гострий панкреатит) в ранньому періоді захворювання з вираженим больовим симптомом.
- Індивідуальні.

12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Андрущенко В.П., Куновський В.В., Андрущенко Д.В., (0322755247).

#### Реєстр. № 487/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖЕЮ ГІЛМОРА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 121501. МПК А61К 31/00, А61Н 99/00, А63В 23/00, А61Р 29/00. Спосіб комплексної реабілітації пацієнтів з грижею Гілмора у післяопераційному періоді / Герич Г.І., Андрущенко Д.В., Куновський В.В., Калинович Н.Р.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201705563; заявл. 06.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів, ендоскопістів, гастроентерологів.
7. Спосіб реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді, що включає використання нестероїдних протизапальних препаратів та проведення лікувальної фізкультури, який відрізняється тим, що у пацієнтів з грижею Гілмора впродовж восьми діб, починаючи з першої доби післяопераційного періоду, проводять знеболення із використанням нестероїдних протизапальних препаратів Кетонал та Кетонал Дуо у поєднанні з анальгетиком-антипіретиком Інфулган та додатково здійснюють фізичну реабілітацію хворих у перші 6 тижнів післяопераційного періоду за створеним оригінальним протоколом. 2) Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що нестероїдні протизапальні препарати Кетонал і Кетонал Дуо та анальгетик-антипіретик Інфулган вводять за схемою: перша-третя доба – Кетонал (кетопрофен 100 мг – 2,0 мл) внутрішньом'язово двічі на добу у поєднанні з внутрішньовенним введенням Інфулган 100 мл (1000 мг) два рази на добу; четверта-восьма доба – оральне застосування Кетонал Дуо у дозі 0.15 г один раз на добу впродовж п'яти днів. 3) Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що у перші 6 тижнів післяопераційного періоду здійснюють фізичну реабілітацію хворих за створеним оригінальним протоколом з проведенням легких та силових фізичних вправ впродовж усього періоду реабілітації, при цьому з другої-п'ятої доби виконують легку ходьбу з використанням бігової доріжки чи велотренажера, з шостої доби виконують силові вправи зі швейцарським м'ячем та з сьомої доби – легкий біг по прямій в басейні (аквабіг), з двадцять першої доби доповнюють силові вправи з використанням набивного м'яча.
8. Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги хворим, буде сприяти суттєвому покращенню результатів лікування пацієнтів з грижею Гілмора Клінічний ефект запропонованого способу відслідковується у повній ліквідації больового синдрому у пацієнтів з даною патологією, дозволяє досягти більшої контрольованості патологічного процесу, сприяє оптимізації лікувальної тактики у хворих з грижею Гілмора.



9. Кетонал (кетопрофен), Кетонал Дуо, Інфулган, аквабіг, силові вправи з використанням набивного м'яча.
10. Пацієнти з грижею Гілмора в ранньому післяопераційному періоді та на етапі реабілітації.
11. Індивідуальні.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Герич Г.І., Андрющенко Д.В., Куновський В.В., Калинович Н.Р. (0509655545).

#### Реєстр. № 488/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ВНУТРІШНЬО-КИШКОВОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА КИШКОВОГО ДИСБІОЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ТРИВАЛОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 111483. МПК А61К 35/741 (2015.01), А61Р 1/00, А61Р 31/04 (2006.01). Спосіб профілактики порушень внутрішньо-кишкового гомеостазу та кишкового дисбіозу при проведенні тривалої антибактеріальної терапії / Кіреєв І.В., Верховодова Ю.В., Куновська О.В., Куновський В.В.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201605108; заявл. 10.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів, ендоскопістів, проктологів, гінекологів.
7. Запропоновано інноваційний спосіб профілактики порушень внутрішньо-кишкового гомеостазу при проведенні тривалої антибактеріальної терапії використовується у різнопрофільних пацієнтів, зокрема у хворих з гострим панкреатитом та інших пацієнтів хірургічного профілю у комплексі застосованого медикаментозного лікування. У способі профілактики порушень внутрішньо-кишкового гомеостазу та кишкового дисбіозу при проведенні тривалої антибактеріальної терапії запропоновано, забезпечити звичне для макроорганізму кількісно/якісне співвідношення усіх компонентів мікрофлори кишечника, шляхом використання пробіотичних препаратів, що зумовлює попередження формування процесів бактеріальної транслокації в умовах дисбіозу товстого кишечника та відновлює процеси травлення у хворих. Поставлене завдання вирішується поєднаним застосуванням двох пробіотичних середників, починаючи з першої доби проведення антибактеріальної терапії, а саме використовують пробіотик ПРО БІО РЕ (*Saccharomyces boulardii* 250 мг) та пробіотик ПРО БІО РЕ ПЛЮС (*Saccharomyces boulardii* 250 мг, *Lactobacillus rhamnosus* Rosell-343 39,4 мг, *Lactobacillus helveticus* Rosell-52 21,0 мг, *Bifidobacterium longum* Rosell-175 27,0 мг) у дозуванні 1 капсула тричі на добу впродовж трьох діб та на четверту-десяту добу застосовують пробіотик ПРО БІО РЕ ПЛЮС у дозуванні 1 капсула тричі на добу.
8. Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги хворим буде сприяти суттєвому покращенню результатів лікування хворих на гострий панкреатит для досягнення

- більшої контрольованості патологічного процесу, оптимізації лікувальної тактики у даної категорії хворих.
9. Пробіотики ПРО БІО РЕ та ПРО БІО РЕ ПЛЮС, лікар хірург, ендоскопіст, проктолог, гінеколог.
  10. Пацієнти з гострим панкреатитом та інші хворі хірургічного профілю, яким проводились порожнинні операційні втручання, а також в комплексі медикаментозного лікування застосовується тривала антибактерійна терапія.
  11. Індивідуальні.
  12. Не передбачається.
  13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
  14. Немає.
  15. Кіреєв І.В., Верховодова Ю.В., Куновська О.В., Куновський В.В. (0322755247).

#### Реєстр. № 489/5/18

1. **СПОСІБ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ВПЛИВУ НА БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ В УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 106557. МПК А61К 31/167 (2006.01), С07С 69/614 (2006.01), А61Р 29/00. Спосіб мультимодального впливу на больовий синдром в ургентних хірургічних хворих / Куновський В.В., Квіт А.Д., Кіреєв І.В.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201511578; заявл. 23.11.2015; опубл. 25.04.2016. Бюл. № 8.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів, ендоскопістів, проктологів, гінекологів.
7. Запропоновано інноваційний спосіб мультимодального впливу на больовий синдром у ургентних хірургічних хворих в комплексі застосованого медикаментозного лікування дозволяє досягнути адекватного знеболення на етапі госпіталізації у хворих (гострий панкреатит) та у ранній до- і післяопераційний період у хворих (гострий деструкційний апендицитом і гострий холецистит). Поставлене завдання вирішується поєднанням застосуванням двох медикаментозних середників, а саме препарату з групи нестероїдні протизапальні засоби (диклофенак, 75 мг дом'язово двічі на добу) у поєднанні з антипіретиком (парацетамол, 1000 мг, доведено тричі на добу) з поетапним зниженням дози застосованих препаратів на другу та третю добу, відповідно до запропонованої схеми.
8. Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги хворим буде сприяти суттєвому покращенню результатів лікування хворих на гострий панкреатит для досягнення більшої контрольованості патологічного процесу, оптимізації лікувальної тактики у даної категорії хворих і скероване на нівелювання больового синдрому легкого та середнього, досягнення більшої контрольованості патологічного процесу, оптимізації лікувальної тактики у даної категорії хворих.
9. Нестероїдні протизапальні засоби (диклофенак), антипіретик (парацетамол), лікарі хірурги, ендоскопісти, проктологи, гінекологи.

10. Пацієнти з гострим панкреатитом та інші хворі хірургічного профілю, з больовим синдромом легкого та середнього ступеня інтенсивності у хворих з ургентною хірургічною патологією як на етапі госпіталізації, так і у ранній периопераційний період.
11. Індивідуальні.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Куновський В.В., Квіт А.Д., Кіреєв І.В. (0322755247).

#### Реєстр. № 490/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬО-КИШКОВОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСБІОТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МІКРОФЛОРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 111593. МПК А61К 35/741 (2015.01), А61Р 1/00. Спосіб корекції внутрішньо-кишкового гомеостазу та відновлення імунного захисту у пацієнтів з дисбіотичними порушеннями мікрофлори шлунково-кишкового тракту / Куновський В.В., Куновська О.В.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № u201606359; заявл. 10.06.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів, ендоскопістів, проктологів, гінекологів.
7. Запропоновано інноваційний спосіб корекції внутрішньо-кишкового гомеостазу та відновлення імунного захисту у пацієнтів з дисбіотичними порушеннями мікрофлори шлунково-кишкового тракту під час проведення тривалої антибактерійної терапії передбачає відновлення імунного захисту шляхом корекції дисбіотичних порушень бактеріального балансу мікрофлори шлунково-кишкового тракту шляхом поєднаного застосування двох пробіотичних середників, протягом 10 діб, починаючи з першої доби проведення антибактерійної терапії, шляхом комбінованого з застосування пробіотика ПРО БІО РЕ ПЛІУС (*Saccharomyces boulardii* 250 мг, *Lactobacillus rhamnosus* Rosell-343 39,4 мг, *Lactobacillus helveticus* Rosell-52 21,0 мг, *Bifidobacterium longum* Rosell-175 27,0 мг) та пробіотика ПРО БІО ІМУН, який містить унікальну ліофізовану композицію пробіотичних культур Proimmunstrains® – *Lactobacillus rhamnosus* Rosell-343 (50%), *Lactobacillus helveticus* Lafti L10 (30%), *Bifidobacterium infantis* Rosell-33 (10%), *Bifidobacterium bifidum* Rosell-71 (10%) та вітамін С (55 мг).
8. Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на спеціалізованому етапі надання медичної допомоги хворим буде сприяти суттєвому покращенню результатів лікування хворих на гострий панкреатит для досягнення більшої контрольованості патологічного процесу, оптимізації лікувальної тактики у даної категорії хворих.

9. Антибактерійна терапія, пробіотик ПРО БІО РЕ ПЛЮС, пробіотик ПРО БІО ІМУН, лікарі хірурги, ендоскопісти, проктологи, гінекологи.
10. Пацієнти з гострим панкреатитом та інші хворі хірургічного профілю, яким проводились порожнинні операційні втручання, а також в комплексі медикаментозного лікування застосовується тривала антибактерійна терапія..
11. Індивідуальні.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Куновський В.В., Куновська О.В. (0322755247).

#### **Реєстр. № 491/5/18**

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ФАСЦІТУ КІНЦІВОК.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН.21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 113453 С2. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасціту кінцівок / Лисюк Ю.С., Савчак Я.О.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № а201504687; заявл. 14.05.2015; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів.
7. Запропоновано інноваційний спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасціту кінцівок, який здійснюється наступним чином. Після дермофасціотомії та розширеної некректомії ділянок некрозів покривних тканин виконують ощадну пальцеву сепарацію підшкірної жирової клітковини в площині ураженої підшкірної фасції в різні боки від основної рани. Ощадну пальцеву сепарацію в площині підшкірної фасції виконують із обов'язковим збереженням судин, що живлять шкіру і підшкірну жирову клітковину ангіосом у ділянці втручання: м'які тканини обережно розшаровують і сепарують пальцем, оминаючи вертикальні судини підшкірної жирової клітковини – перфорантні артерії ангіосом, які визначаються тактильно. По межі ураженої і незміненої підшкірної клітковини додатково виконують поздовжні розрізи із наступним підшкірним пальцевим тунельним їх з'єднанням. Після цього поздовжні розрізи і сформовані підшкірні тунелі промивають розчином антисептика та наскрізно проводять гумово-трубчасті дренажі.
8. Простота методики робить її доступною для застосування при наданні хірургічної допомоги пацієнтам із некротизуючим фасцітом кінцівок. Пропонований спосіб операційного лікування дозволяє зменшити травматичність широких мобілізацій м'яких тканин кінцівок та уникнути декомпенсації колатерального кровообігу ангіосом, який необхідний для повноцінного живлення шкіри та підшкірної жирової клітковини ділянки операційної травми. Клінічний ефект запропонованого способу хірургічного лікування досягається за рахунок збереження перфорантних артерій ангіосом, що є передумовою попередження розвитку нових некрозів і, відповідно,

- зменшення ймовірності повторних операцій та скорочення термінів лікування і досягнення оптимальних функціонально-косметичних результатів.
9. Дермофасціотомія, нефректотомія, ощадна пальцева сепарація, лікарі хірурги.
  10. Пацієнти із некротизуючим фасціїтом кінцівок.
  11. Немає.
  12. Не передбачається.
  13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, 275-76-32.
  14. Немає.
  15. Лисюк Ю.С. (0322587487), Андрущенко В.П., Савчак Я.О.

#### **Реєстр. № 492/5/18**

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ФАСЦІЇТУ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ.**
2. НДР «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей даних видів патології», ІН 21.00.003.15, 2015-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 112699 С2. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасціїту нижніх відділів передньої черевної стінки / Лисюк Ю.С., Савчак Я.О.; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № а201500008; заявл. 05.01.2015; опубл. 10.10.2016. Бюл. № 19.
6. Впроваджено безоплатно в закладах охорони здоров'я хірургічного профілю в роботу лікарів хірургів.
7. Запропоновано інноваційний спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасціїту нижніх відділів передньої черевної стінки, який здійснюється наступним чином. Після повної некректомії очевидних некрозів покривних тканин ураженої ділянки виконують пальцеве розшарування підшкірної клітковини за ходом підшкірної фасції в різні боки від основної рани. При цьому ощадну полівекторну сепарацію тупим шляхом у медіальному напрямку проводять із обов'язковим збереженням артеріальних стовбурів, що перфорують фасцію та живлять шкіру і підшкірну жирову клітковину гіпогастральної ділянки: м'які тканини обережно розшаровують пальцем у зоні потенційної інтраопераційної травми перфорантів глибокої нижньої епігастральної артерії із обходом вертикальних судин підшкірної клітковини, які відчуються тактильно. По межі ураженої і незміненої підшкірної клітковини виконують додаткові обмежуючі контурні розрізи із наступним підшкірним пальцевим тунельним їх з'єднанням та наскрізним дрениванням перфорованими трубками та гумовими випускниками. При цьому збереження перфорантів є обов'язковим і важливим компонентом операційного втручання.
8. Простота застосування робить методику доступною для широкого використання на етапі надання хірургічної допомоги пацієнтам із некротизуючим фасціїтом передньої черевної стінки. Пропонований спосіб хірургічного лікування дозволяє уникнути пошкодження перфорантів глибокої нижньої епігастральної артерії, які необхідні для повноцінного живлення шкіри та підшкірно-жирової клітковини і збереження яких є передумовою профілактики розвитку нових некрозів у післяопераційному періоді. Клінічний ефект запропонованого способу простежується у зменшенні ймовірності повторних хірургічних санацій, скороченні

термінів післяопераційного лікування та досягненні оптимальних функціонально-косметичних результатів.

9. Повної некректомія, ощадна полівекторна сепарація, лікар хірург.
10. Пацієнти із ранніми стадіями некротизуючого фасціїту нижніх відділів передньої черевної стінки.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, 275-76-32.
14. Немає.
15. Лисюк Ю.С. (0322587487), Андрущенко В.П., Савчак Я.О.

#### Реєстр. № 493/5/18

1. **СПОСІБ АТИПОВОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНІ У ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ.**
2. НДР «Розробити технологію хірургічного лікування хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу легень», 0116U000191, 2016-2018 рр.
3. Торакальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України № 123065. МПК А61В 17/00, А61В 18/12 (2006.01). Спосіб атипової резекції легені у хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу /Калабуха І.А., Волошин Я.М., Хмель О.В., Маєтний Є.М., Іващенко В.Є., Веремесенко Р.А.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201707932; заявл. 31.07.2017; опубл. 12.02.2018 Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб полягає у тому, що виконують торакотомію за однією із загальновизнаних методик, відповідно до звичайної для атипової резекції послідовності дій визначають обсяг та межі ділянки легені, що підлягає видаленню, здійснюють заведення та накладання біполярного затискача, підключеного до комплексу біологічного зварювання ЕК 300 М1 в режимі “зварювання”, в межах здорових тканин, зважаючи на принципи економної резекції, та відповідно до загальних для електрокоагуляції застережень щодо попередження пошкодження оточуючих тканин, виконують зварювання паренхіми легені до повного формування адекватного шва легені з відтинанням патологічно зміненої ділянки легені скальпелем.
8. Завдяки застосуванню способу досягається герметизм і гемостаз при мінімальному електротермічному пошкодженні тканин, що, в свою чергу, забезпечує істотне скорочення тривалості атипової резекції легені з 27,5 хв до 9,2 хв; зниження числа післяопераційних легенево-плевральних ускладнень на 96,4% та обумовлених ними повторних операцій на 99,1%; скорочення терміну післяопераційного стаціонарного етапу лікування з 20,7 до 14,5 діб.
9. Комплекс біологічного зварювання ЕК 300 М1, біполярний затискач, стандартний операційний набір для торакотомії.
10. Хворі на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу з показаннями до атипової резекції.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.

15. Калабуха І.А., Волошин Я.М., Маєтний Є.М., Іващенко В.Є., Веремєєнко Р.А. (0442752728).

**Реєстр. № 494/5/18**

1. **ТЕХНОЛОГІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити технологію хірургічного лікування хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу легень», 0116U000191, 2016-2018 рр.
3. Торакальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Технологія полягає у тому, що через 6-8 місяців від початку лікування, на основі даних комп'ютерної томографії, формують контингент пацієнтів з показаннями до хірургічного лікування; залежно від обсягу ураження визначають оптимальний об'єм і методику резекції та виконують операцію; за результатами мікробіологічного і морфологічного дослідження резекційного матеріалу уточнюють режим післяопераційної протитуберкульозної терапії.
8. Завдяки застосуванню технології досягається вилікування 97,3 % хворих при зменшенні кількості рецидивів до 1,8 % при відсутності летальності за рахунок адекватної санації організму при видаленні вогнищ туберкульозної інфекції та об'єктивізації післяопераційної хіміотерапії.
9. Комп'ютерний томограф, стандартне обладнання для забезпечення торакальних операцій.
10. Хворі на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу з показаннями до хірургічного лікування.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Калабуха І.А., Волошин Я.М., Маєтний Є.М., Іващенко В.Є., Веремєєнко Р.А. (0442752728).

**Реєстр. № 495/5/18**

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ ПРИ БІОПСІЇ ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ.**
2. НДР «Розробити новий метод інвазивної діагностики та алгоритм диференційної діагностики етіології дисемінованих процесів у легенях», 0116U000192, 2016-2018 рр.
3. Торакальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується для впровадження алгоритм оптимального застосування відеоторакоскопічної біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів для профілактики інтраопераційних (кровотечі та пошкодження легені) та післяопераційних (недорозправлення легені, кровотечі, гнійні) ускладнень. Основними методами профілактики інтраопераційних і післяопераційних ускладнень при відеоторакоскопічній біопсії внутрішньогрудних лімфатичних

вузлів та оптимізації умов відеоторакоскопічної біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів є задовільна інтраопераційна візуалізація, що досягається оптимальним положенням тіла пацієнта на операційному столі, достатнім колапсом легені на стороні втручання, використання медичного альфа-ціанакрилатного клею з гемостатичною губкою для гемостазу в зоні біопсії, системне використання антибіотиків. Використання даного алгоритму при відеоторакоскопічній біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів дозволяє убезпечити пацієнта від небажаних наслідків, зменшити ризик життю, скоротити термін післяопераційного перебування у стаціонарі та значно знизити витрати на медикаментозне забезпечення.

8. Послідовне застосування запропонованих у алгоритмі методик дозволило знизити рівень інтраопераційних ускладнень на 16,4 % випадків, а післяопераційних на 20,2 % випадків.
9. Відеоторакоскоп, апарат для створення штучного пневмотораксу, альфа-ціанакрилатний клей, активний аспіратор, операційна, розчин декасана 1000 мл, амікацина 1000 мг, левофлоксацину по 500 мг двічі на день протягом терміну знаходження дренажів в плевральній порожнині та протягом 2-х днів, включно, після видалення дренажів.
10. Хворі з внутрішньогрудною лімфаденопатією.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Фещенко Ю.І., Опанасенко М.С., Купчак І.М., Клименко В.І., Терешкович О.В., Калениченко М.І., Конік Б.М., Кшановський О.Е., Шалагай С.М., Бичковський В.Б., Демус Р.С., Леванда Л.І. (0442755700).

#### Реєстр. № 496/5/18

1. **СПОСІБ БІОПСІЇ ЛЕГЕНІ ПРИ СИНДРОМІ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Розробити новий метод інвазивної діагностики та алгоритм диференційної діагностики етіології дисемінованих процесів у легенях», 0116U000192, 2016-2018 рр.
3. Торакальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123143. МПК А61В 1/00, А61В 17/00. Спосіб біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу / Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Демус Р.С., Терешкович О.В., Конік Б.М., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Клименко В.І., Леванда Л.І.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України». – № u201709160; заявл. 18.09.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Пропонується для впровадження новий спосіб, який полягає у тому що хворому із синдромом легеневої дисемінації неясного генезу виконується відеоторакоскопія на стороні більшого ураження за загально визнаними правилами торакальної хірургії, встановлюються торакопорти, і через один порт за допомогою затискача фіксується і підтягується легенева паренхіма з вогнищами дисемінації та за допомогою одноразового ендоскопічного зшивального апарату виконується крайова резекцію ураженого відділу легені таким чином щоб утворилась ніжка, яка зв'язує біоптат з



- легеню. Після цього перев'язується ніжка біоптата за допомогою шовного матеріалу з метою досягнення надійного аеростазу і пересікається ендоскопічними ножицями. Отриманий біоптат легені направляється на мікробіологічне, цитологічне і гістологічне дослідження. Виконується контроль аеро- і гемостазу.
8. Завдяки застосуванню способу досягається: повне уникнення такого ускладнення, як емпієма залишкової плевральної порожнини з бронхіальною норицею, зменшення частоти тривалого недорозправлення легені на 10,8 % випадків, зменшення частоти прогресування основного захворювання після операції на 5,3 % випадків, зменшення вартості біопсії легені за умови однократного застосування одноразового ендоскопічного зшивального апарату.
  9. Відеоторакоскоп, одноразовий зшиваючий апарат, активний аспіратор.
  10. Хворі з дисемінацією легень.
  11. Немає.
  12. Ускладнення не спостерігалися.
  13. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».
  14. Немає.
  15. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Демус Р.С., Терешкович О.В., Конік Б.М., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Клименко В.І., Леванда Л.І. (0442755700).

#### **Реєстр. № 497/5/18**

1. **СПОСІБ ВВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ТРОАКАРА ДЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ.**
2. НДР «Проведення пошуку нових альтернативних шляхів своєчасної діагностики захворювань органів черевної порожнини, магістральних і периферичних судин, м'яких тканин шляхом підвищення ефективності діагностики, вибору тактики і удосконалення методів оперативних втручань», 0117U006432, 2017-2021 рр.
3. Загальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128090. МПК А61В1/313. Спосіб введення першого троакара для лапароскопічних операцій / Крижевський В.В., Мендель М.А., Павлович Ю.В.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л.Шупика. – № u201805332; заявл.15.05.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб введення першого троакара для лапароскопічних операцій включає проведення ряду стандартних процедур, таких як розріз шкіри в області пупка без попереднього накладання пневмоперитонеуму, проколювання черевної стінки троакаром, ревізію черевної порожнини і необхідне подальше оперативне втручання. На краю розрізу в області пупка накладають дві прищіпки для білизни, підтягують їх в напрямку вгору і проколюють черевну стінку троакаром зі стилетом, який утримують іншою рукою в нерухомій в вертикальному напрямку позиції, обертаючи його за і проти годинникової стрілки на 90 градусів.
8. Зменшення кількості ускладнень лапароскопічних операцій.
9. Лапароскопічна апаратура та інструменти.
10. Патологічні процеси черевної порожнини, коли показана хірургічна операція лапароскопічним доступом.
11. Абсолютні: серцево-судинна та дихальна недостатності в стадії декомпенсації, шок різної етіології, некориговані коагулопатії, абдомінальний компартмент – синдром; відносні: наявність в анамнезі операцій на органах середнього та нижнього поверху черевної порожнини.

12. Помилками буде введення першого троакару під кутом, відмінному від 90° та одночасний рух троакаром зі стилетом підйом передньої черевної стінки прищипками для білизни; можливі ускладнення – це пошкодження прилеглих органів черевної порожнини та судин.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Крижевський В.В., Мендель М.А., Павлович Ю.В.

#### **Реєстр. № 498/5/18**

1. **ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування захворювань і травматичних ушкоджень органів грудної клітки з застосуванням новітніх технологій», 0118U003565, 2018-2022 рр.
3. Торакальна хірургія та пульмонологія
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 128780. МПК А61В 10/00, А61В 1/273 (2006.01). Спосіб біопсії підслизових утворень стравоходу / Багіров М.М., Гетьман В.Г., Васильківський В.В.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л.Шупика. – № u201803189; заявл. 27.03.2018; опубл.10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. У способі біопсії підслизових утворень стравоходу після попередньої оцінки розміру утворення, використовують ригідний езофагоскоп, за допомогою якого фіксують утворення і через тубус якого під контролем зору пунктують утворення через слизову оболонку на попередньо визначену глибину та отримують достатньо матеріалу для гістологічного дослідження. Відмінною особливістю способу є використання для біопсії підслизових утворень стравоходу біопсійної голки проведеної через тубус езофагоскопа та методики фіксації підслизового утворення стравоходу, що дозволяє під візуальним контролем місця пункції та контролю глибини проникнення взяти біопсійний матеріал з новоутворення, що знаходиться під слизовою оболонкою. Це забезпечує збільшення частоти постановки гістологічного передопераційного діагнозу у хворих з підслизовими утвореннями стравоходу і, відповідно, вибору коректної тактики лікування.
8. Відомі способи біопсії слизової оболонки стравоходу за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопа та щипців, за допомогою ригідного езофагоскопа та щипців, біопсія утворень стінки стравоходу за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопа під контролем ультрасонографії. Однак вказані способи мають ряд недоліків. При використанні фіброезофагогастродуоденоскопа та щипців при звичайній біопсії отримуються тільки клітини, які знаходяться в товщі слизової оболонки, при більш глибокій біопсії підслизових утворень неможливо контролювати глибину проникнення щипців, що збільшує ризик перфорації стравоходу. При використанні ригідного езофагоскопа та щипців недоліком є неконтрольоване проникнення щипців в глибину стінки та зміщення підслизового утворення відносно слизової оболонки, що збільшує ймовірність перфорації стінки стравоходу. При використанні фіброезофагогастродуоденоскопа з біопсійною голкою та ультрасонографією недоліком є те, що діаметр голки малий та є можливість набрати лише цитологічний матеріал, якого буде недостатньо для гістологічної верифікації та імуногістохімічного дослідження. Розроблений спосіб біопсії підслизових утворень стравоходу, дозволяє збільшити передопераційну гістологічну верифікацію пухлин стравоходу за рахунок отримання якісного біопсійного матеріалу під тактильним та візуальним контролем, а також зменшити

- ризик перфорації стінки стравоходу. Зазначене важливо для вирішення подальшої тактики лікування.
9. Для практичного застосування розробленого способу біопсії підслизових утворень стравоходу необхідні ресурси включають наявність ендоскопічного кабінету, ригідного езофагоскопа, автоматичної системи Bard magnum з trucut голкою 18G, 1 лікар-ендоскопіст, 1 медична сестра, 1 лікар-анестезіолог, 1 анестезіологічна медична сестра.
  10. Показання до застосування способу біопсії підслизових утворень стравоходу: підслизові утворення стравоходу.
  11. Протипокази абсолютні: гостра стадія інфаркту міокарда, виражене візуально викривлення хребта, геморагічний чи ішемічний інсульт, коагулопатія, загострення бронхіальної астми, категорична відмова пацієнта. Відносні: гострі запальні захворювання гортані чи глотки, гіпертонічна хвороба, стенокардія, психічні захворювання.
  12. При використанні розробленого способу біопсії підслизових утворень стравоходу зменшується ризик ускладнень та помилок, а також підвищується точність постановки правильного діагнозу порівняно зі стандартними методиками біопсії утворень стравоходу.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Багіров М.М., Гетьман В.Г., Васильківський В.В.

#### Реєстр. № 499/5/18

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ОБЛІТЕРАЦІЇ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 3,В.
5. Патент України на корисну модель № 120462. МПК (2006.01) А61В 18/12 (2006.01), А61В 18/12. Пристрій для ендовенозної облітерації / Горбовець В.С., Кункін Д.Д., Косаковський А.Л., Макаров А.В., Крестянов М.Ю.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201613518; заявл. 28.12.2016; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонований пристрій для ендовенозної облітерації великої підшкірної вени в адаптованому режимі високочастотного електрозварювання, що складається з джерела живлення та спеціалізованого біполярного інструменту, згідно з корисною моделлю, містить датчики електричного струму й напруги, блок автоматичної обробки інформації про зміну опору біологічної тканини та генерації керуючих сигналів для виконавчого органу за умови, коли  $k$  більше 3, та зв'язаний з ним блок звукової сигналізації, яка активізується і сповіщає хірурга про просування робочої частини інструмента на нову ділянку вздовж ушкодженої вени; а спеціалізований біполярний інструмент складається зі змінної або нероз'ємної робочої частини, яка має крізний отвір (або отвори) на полюсах, необхідний для подачі фізіологічного розчину в зону енергетичного впливу.
8. Запропонований пристрій дозволяє реалізувати можливість одержати раніше невідомий технічний ефект, що полягає в автоматизації процесу виконання операції та скороченні часу її проведення, зниженні ризику виникнення помилок, пов'язаних із негативним проявом людського фактора, у можливості проведення лікування всіх форм і стадій варикозної хвороби, підвищенні стабільності, радикальності та

покращення косметичного ефекту від операції, суттєвому зменшенні кількості післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів на лікарняному ліжку.

9. Ультразвуковий апарат, розчин місцевого анестетика.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення рефлюксу по стовбуру великої підшкірної вени
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Горбовець В.С., Крестянов М.Ю.

#### **Реєстр. № 500/5/18**

1. **СПОСІБ ДИСЕКЦІЇ ПЕРФОРАНТНИХ ВЕН.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на корисну модель № 100724. МПК (2015.01) А61В 17/00, А61В 18/12 (2006.01). Спосіб дисекції перфорантних вен / Паламарчук В.І., Горбовець В.С., Крестянов М.Ю., Шуляренко О.В., Музь М.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201500903; заявл. 05.02.2015; опубл. 10.08.2015. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Виконують розріз в проекції перфорантної вени. Виділяють вену до місця її впадіння під фасцію. Безпосередньо над фасцією на вену накладають затискач, робочі поверхні якого споряджені біполярною парою, виконують зварювання вени з формуванням зварного шву. Операційну рану зашивають.
8. Запропонований спосіб відрізняється тим, що перетин та герметизація перфорантної вени здійснюється без використання лігатур, а шляхом принципово нового процесу – електричного зварювання венозної стінки.
9. Ультразвуковий апарат, затискач, робочі поверхні якого споряджені біполярною парою, розчин місцевого анестетика.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення горизонтального рефлюксу по перфорантним венам.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Крестянов М.Ю., Горбовець В.С., Шуляренко О.В.

#### **Реєстр. № 501/5/18**

1. **СПОСІБ КРОСЕКТОМІЇ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.

5. Патент України на корисну модель № 100424. МПК А61В 17/12 (2006.01), А61В 18/12 (2006.01). Спосіб кросектомії великої підшкірної вени / Паламарчук В.І., Горбовець В.С., заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201500906; заявл. 05.02.2015; опубл. 27.07.2015. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Виконують типовий доступ до сафено-феморального співвустя розрізом по паховій складці довжиною 1,5-4 см. Виділяють всі притоки великої підшкірної вени. На затискачі, робочі поверхні якого споряджені біполярною парою, виконують зварювання вен з формуванням зварного шва протягом 2-3 мм. Виконують перетин вен по центру зварного шва. Виділяють устя великої підшкірної вени. На відстані 7-8 мм від передньої стінки загальної стегнової вени на гирло великої підшкірної вени накладають затискач, робочі поверхні якого споряджені біполярною електродною парою. Виконують зварювання з формуванням зварного шва протягом 3-4 мм у дистальному напрямку. Виконують перетин устя великої підшкірної вени по центру зварного шва. Виконують контроль гемостазу та герметичності зварного шва на стимульованій пробі Вальсальви.
8. Запропонований спосіб характеризується тим, що перетин та герметизація устя великої підшкірної вени та її притоків здійснюється без використання лігатур, а шляхом принципово нового процесу - електричного зварювання венозної стінки.
9. Ультразвуковий апарат, затискач, робочі поверхні якого споряджені біполярною парою, розчин місцевого анестетика.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення вертикального рефлюксу по великій підшкірній вені
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Горбовець В.С.,

#### **Реєстр. № 502/5/18**

1. **СПОСІБ ОБЛІТЕРАЦІЇ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 3,В.
5. Патент України на корисну модель № 100169. МПК А61В 17/12 (2006.01), А61В 18/12 (2006.01). Спосіб облітерації великої підшкірної вени / Паламарчук В.І., Горбовець В.С., Ходос В.А.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201500906; заявл. 05.02.2015; опубл. 27.07.2015. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Із типових доступів виконується перев'язка сафено-феморального співвустя та витоків великої підшкірної вени. В просвіт вени в антеградному напрямку до сафено-феморального співвустя вводять зонд. Після контролю розташування кінцевої частини зонда, виконують зашивання операційної рани в проекції сафено-феморального співвустя. Проводять поступову екстракцію зонда з поетапним зварюванням вени на всьому протязі з одночасною зовнішньою компресією вени. Після зашивання операційної рани в проекції витоків вени виконують еластичну компресію стопи, гомілки та стегна.
8. Поставлена задача вирішується тим, що згідно з запропонованим рішенням, ендовенозну облітерацію великої підшкірної вени виконують високочастотним

електричним зварюванням за допомогою зонда оригінальної конструкції, що містить в собі електродний пристрій біполярної конфігурації. Запропонований спосіб відрізняється тим, що облітерація вен відбувається не за рахунок коагуляції, а внаслідок принципово нового процесу - зварювання венозної стінки. Технічним результатом, що досягається при застосуванні даного способу, є надійна облітерація великої підшкірної вени, зниження травматичності хірургічного втручання, кількості інтра- та післяопераційних ускладнень і поліпшення косметичного ефекту лікування.

9. Ультразвуковий апарат, спеціалізований ендовенозний інструмент, розчин місцевого анестетика.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення вертикального рефлюксу по стовбуру великої підшкірної вени
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Ходос В.А., Горбовець В.С.

### Реєстр. № 503/5/18

1. **СПОСІБ ОБЛІТЕРАЦІЇ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на винахід № 113093. МПК (2016.01) А61В 17/00, В23К 13/00, А61В 18/12 (2006.01). Спосіб облітерації великої підшкірної вени / Паламарчук В.І., Горбовець В.С., Ходос В.А.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № а201500904; заявл. 05.02.2015; опубл. 12.12.2016. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Із типових доступів виконується перев'язка сафено-феморального співвустя та витоків великої підшкірної вени. В просвіт вени в антеградному напрямку до сафено-феморального співвустя вводять зонд. Після контролю розташування кінцевої частин зонда, виконують зашивання операційної рани в проекції сафено-феморального співвустя. Проводять поступову екстракцію зонда з поетапним зварюванням вени на всьому протязі з одночасною зовнішньою компресією вени. Після зашивання операційної рани в проекції витоків вени виконують еластичну компресію стопи, гомілки та стегна. Необхідний для подачі фізіологічного розчину в зону енергетичного впливу.
8. Поставлена задача вирішується тим, що згідно з пропонованим рішенням, ендовенозну облітерацію великої підшкірної вени виконують високочастотним електричним зварюванням за допомогою зонда оригінальної конструкції, що містить в собі електродний пристрій біполярної конфігурації. Запропонований спосіб відрізняється тим, що облітерація вен відбувається не за рахунок коагуляції, а внаслідок принципово нового процесу – зварювання венозної стінки. Технічним результатом, що досягається при застосуванні даного способу, є надійна облітерація великої підшкірної вени, зниження травматичності хірургічного втручання, кількості інтра- та післяопераційних ускладнень і поліпшення косметичного ефекту лікування.
9. Ультразвуковий апарат, спеціалізований ендовенозний інструмент, розчин місцевого анестетика.

10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення вертикального рефлюксу по стовбуру великої підшкірної вени.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Ходос В.А., Горбовець В.С.

#### Реєстр. № 504/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З БІЛІАРНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НЕВСТАНОВЛЕНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.**
2. НДР «Аналіз роботи екстренної медичної допомоги м. Києва за 3 роки (2016-2018 рр.) та виокремлення недоліків в роботі лікарських та фельдшерських бригад, причин смертності в присутності бригад та добової летальності. Розробка заходів оптимізації навчально-педагогічного та лікувального процесів», 0116U007541, 2016-2019 рр.
3. Хірургія, медицина невідкладних станів.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127122. МПК А61В 17/94 (2006.01), А61М 25/01 (2006.01), А61К 47/08 (2006.01), А61Р 1/18 (2006.01). Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту у пацієнтів з біліарною гіпертензією невідстановленої етіології / Цимбалюк Р.С., Пахолук С.І., Сусак Я.М., Максименко М.В., Тюлюкін І.О.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201804604; заявл. 26.04.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту у пацієнтів з біліарною гіпертензією невідстановленої етіології, що включає виконання черезшкірної-черезпечінкової декомпресії та 5 дренування протокової системи гепатопанкреато-дуоденальної зони, який відрізняється тим, що здійснюють місцево-лікувальний вплив на внутрішньопотокову систему гепатопанкреато-дуоденальної області шляхом введення в холедох фракційно 20 мл озонкисневої суміші, розчиненої в 0,9 % NaCl, із концентрацією озону 2-4 мкг/мл.
8. Технічний результат, що досягається, полягає в удосконаленні декомпресійних пункційнодренуючих технологій у хворих на гострий біліарний панкреатит, у яких етіологічний чинник на момент проведення декомпресії встановити не вдалося, зменшенні частоти розвитку обтяжених форм деструктивного панкреатиту та профілактиці вторинних гнійних ускладнень (в першу чергу 55 холангіту) за рахунок місцевої дії озono-кисневої суміші, а саме її бактерицидного, фунгіцидного, віруцидного, протизапального, імуномодулюючого впливу, збільшення регіонарної оксигенації та посилення метаболізму.
9. Хірургічний інструментарій, ендоскопічне обладнання, операційна, озono-киснева суміш.
10. Гострий панкреатит біліарного походження невідстановленої етіології.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.

15. Цимбалюк Р.С., Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Максименко М.В., Пахолук С.І., Тюлюкін І.О.

**Реєстр. № 505/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОГО ІНТРАХОЛЕДОХІАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ОЗОНО-КИСНЕВОЇ СУМІШІ.**
2. НДР «Аналіз роботи екстренної медичної допомоги м. Києва за 3 роки (2016-2018 рр.) та виокремлення недоліків в роботі лікарських та фельдшерських бригад, причин смертності в присутності бригад та добової летальності. Розробка заходів оптимізації навчально-педагогічного та лікувального процесів», 0116U007541, 2016-2019 рр.
3. Хірургія, медицина невідкладних станів.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127123. МПК А61В 17/94 (2006.01), А61F 2/82 (2013.01), А61К 47/08 (2006.01), А61Р 1/18 (2006.01). Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту із застосуванням ендоскопічного інтрахоledoхіального введення озono-кисневої суміші / Цимбалюк Р.С., Насташенко І.Л., Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Максименко М.В.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201804605; заявл. 26.04.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту із застосуванням ендоскопічного інтрахоledoхіального введення озono-кисневої суміші, що включає виконання ендоскопічної ретроградної панкреатохолаптіографії, для визначення стану протокової системи гепатопанкреатодуоденальної зони, проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії за умови 60 верифікації хоledoхолітіазу, літоекстракції, проведенням по маніпуляційному каналу дуоденоскопа спеціального провідника, який відрізняється тим, що закінчують маніпуляцію встановленням за провідником тимчасового стента, по якому у ретроградному напрямку через устя ампули великого дуоденального сосочка в дистальний відділ хоledoху однократно вводять 20 мл озono-кисневої суміші, розчиненої в 0,9 % NaCl, із концентрацією озону 2-4 мкг/мл.
8. Технічний результат, що досягається, полягає в зниженні частоти післяопераційних ускладнень уникненні обтяження перебігу деструктивного панкреатиту та профілактиці 50 вторинних гнійних ускладнень за рахунок місцевої дії озono-кисневої суміші, а саме її бактерицидної, фунгіцидної, віруцидної, протизапальної, імуномодуючої дії, збільшенні регіонарної оксигенації та покращенні метаболізму.
9. Хірургічний інструментарій, ендоскопічне обладнання, операційна, озono-киснева суміш.
10. Гострий біліарний панкреатит, що характеризується запаленням підшлункової залози, яке зумовлене випадком порушення прохідності панкреатобіліарної протокової системи. Відновлення дренажної функції позапечінкових жовчних та панкреатичних протоків.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Цимбалюк Р.С., Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Максименко М.В., Насташенко І.Л.



## Реєстр. № 506/5/18

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ ТА СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ В РАННІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ.**
- НДР «Аналіз роботи екстренної медичної допомоги м. Києва за 3 роки (2016-2018 рр.) та виокремлення недоліків в роботі лікарських та фельдшерських бригад, причин смертності в присутності бригад та добової летальності. Розробка заходів оптимізації навчально-педагогічного та лікувального процесів», 0116U007541, 2016-2019 рр.
- Хірургія, медицина невідкладних станів.
- 2+,С.
- Патент України на корисну модель № 127124. МПК А61В 17/94 (2006.01), А61В 1/313 (2006.01). Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту, ускладненого холедохолітіазом та синдромом механічної жовтяниці в ранній фазі захворювання / Цимбалюк Р.С., Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Максименко М.В., Тюлюкін І.О.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201804611; заявл. 26.04.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
- Немає.
- Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту, ускладненого холедохолітіазом та синдромом механічної жовтяниці в ранній фазі захворювання, що включає виконання лапароскопічної холецистектомії, інтраопераційну ревізію позапечінкових жовчних проток (холедохоскопію), літоекстракцію, який відрізняється тим, що ревізію позапечінкових проток та подальшу 10 літоекстракцію проводять безпосередньо через d. cysticus, що дозволяє зберегти структурну цілісність позапечінкових жовчних протоків та не впливає на їх функціональний стан, завершують втручання постановкою зовнішнього дренажу холедогу через d. cysticus.
- Технічний результат, що досягається в результаті здійснення запропонованої корисної моделі, полягає в зниженні частоти як інтраопераційних (розвиток кровотеч та пошкодження 60 Вірсунгової протоки під час виконання папілосфінктеротомії), так і післяопераційних (порушення пасажу жовчі та розвитку дудено-холедохіального рефлюкса) ускладнень, за рахунок виконання сфінктерозберігаючої відеоасистованої літоекстракції.
- Хірургічний інструментарій, ендоскопічне обладнання, операційна.
- Біліарне походження гострого панкреатиту, який відповідно до рекомендацій запропонованих Голландською дослідницькою групою з вивчення панкреатиту діагностують у випадках, якщо у пацієнта наявний один з наступних трьох чинників: 1) жовчні камені та/або сладж, діагностовані при візуалізації, 2) розширені загальної жовчної протоки більше 8 мм у пацієнтів молодше 75 років або більше 10 мм у пацієнтів старше 75 років (у відсутності жовчних каменів та/або 15 сладжу), 3) концентрація аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартат амінотрансферази (АСТ) у сироватці крові в два та більше разів перевищує максимально допустимі норми.
- Немає.
- Немає.
- Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
- Немає.
- Цимбалюк Р.С., Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Максименко М.В., Тюлюкін І.О.

## Реєстр. № 507/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТРОАКАРНИХ ГРИЖ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на корисну модель № 98400. МПК А61В 17/00 (2006.01). Спосіб профілактики і лікування троакарних гриж / Крестянов М.Ю., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М., Зубаль В.І.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201412347; заявл. 17.11.2014; опубл. 27.04.2015. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики і лікування троакарних гриж передбачає відновлення цілісності та безперервності листків очеревини шляхом співставлення листків очеревини з наступним їх затисненням браншами біполярного затискача, що з'єднаний з апаратом ЕКВЗ – 300 в режимі автоматичного зварювання з наступною подачею імпульсу.
8. Застосування способу профілактики і лікування троакарних гриж зменшує операційну травму очеревини, враховуючи її крихкість при застосуванні інтракорпорального або степлерного шва, надає технічну можливість досягнути чіткого співставлення країв очеревинного дефекту за короткий проміжок часу, підвищити надійність герметизму при закритті очеревини над імплантом та зменшити час виконання лапароскопічної герніопластики на 30%, знизити кількість синдрому гострого пахвинного болю в післяопераційному періоді, оскільки відсутнє степлерне пошкодження нервових стовбурів преперитонеальної ділянки; дозволяє скоротити час виконання лапароскопічної операції за рахунок прискореного відновлення цілісності очеревинного лоскута в зоні причинного порту, який використовується для евакуації видаленого жовчного міхура, шляхом використання технології електрозварювання живих біологічних тканин та підвищити безпеку виконання ендоскопічних маніпуляцій, оскільки зменшується вірогідність травми кровоносних судин та нервів при виконанні лапароскопічної операції з гострого та хронічного холециститу, профілактуючи можливість виникнення післяопераційного троакарного больового синдрому та післяопераційної троакарної грижі (медичні), зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді спайкової кишкової непрохідності, синдромів гострого та хронічного пахвинного болю, післяопераційних троакарних гриж, що призведе до прискорення одужання та післяопераційної реабілітації (соціальні), зменшить тривалість стаціонарного етапу лікування та періоду тимчасової непрацездатності, знижується вартість обладнання для виконання операції, враховуючи відсутність необхідності застосування ендостеплерів (економічні).
9. Апарат ЕКВЗ – 300, лапароскопічний біполярний затискач.
10. Первинні пахові грижі та рецидивні пахові грижі після операції Ліхтенштейна, гострий та хронічний калькульозний холецистит, що оперуються лапароскопічним доступом та інші захворювання органів черевної порожнини та заочеревинного простору, що оперуються лапароскопічним доступом.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Балацький Р.О., Зубаль В.І.

### Реєстр. № 508/5/18

1. **СПОСІБ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПІСЛЯ ПУНКЦІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на корисну модель № 101247. МПК (2015.01) А61В 1/313 (2006.01), А61В 17/00. Спосіб герметизації жовчного міхура після пункції при лапароскопічній холецистектомії / Крестянов М.Ю., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М.; заявник і патентовласник Балацький Р.О. – № u201503829; заявл. 22.04.2015; опубл. 25.08.2015. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб герметизації жовчного міхура після пункції при лапароскопічній холецистектомії включає виконання лапароскопії, після виконання ревізії черевної порожнини та виникнення необхідності пункції жовчного міхура в випадку гострого або хронічного його запалення з наступною аспірацією його вмісту, після чого місце пункції герметизують шляхом стиснення стінок жовчного міхура браншами біполярного затискача, що з'єднаний з апаратом ЕКВЗ – 300 в режимі автоматичного зварювання з наступною подачею імпульсу.
8. Застосування способу герметизації жовчного міхура після пункції при лапароскопічній холецистектомії дозволяє скоротити час виконання лапароскопічної холецистектомії за рахунок підвищення надійності герметизації місця пункції жовчного міхура в умовах гострого та хронічного запалення за рахунок застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин, виключаючи необхідність проведення додаткової санації підпечінкового простору та встановлення контрольного дренажу в під печінковий простір (медичні), зменшити кількість післяопераційних ускладнень, що призведе до прискорення одужання та післяопераційної реабілітації (соціальні), зменшить тривалість стаціонарного етапу лікування та періоду тимчасової непрацездатності, знижується вартість обладнання для виконання операції, враховуючи відсутність необхідності застосування додаткового обладнання (економічні).
9. Апарат ЕКВЗ – 300, лапароскопічний біполярний затискач.
10. Оперативні втручання, що здійснюються лапароскопічним доступом та потребують виконання пункції жовчного міхура (гострий та хронічний холецистит).
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Зубаль В.І.

### Реєстр. № 509/5/18

1. **СПОСІБ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ МІХУРОВОЇ ПРОТОКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.

5. Патент України на корисну модель № 101248. МПК (2015.01) А61В 1/313 (2006.01), А61В 17/00, А61М 1/00, А61В 18/00 Спосіб герметизації міхурової протоки при лапароскопічній холецистектомії / Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Крестьянов М.Ю., Зубаль В.І., Свиридчук Б.В.; заявник і патентовласник Балацький Р.О. – № u201503830; заявл. 22.04.2015; опубл. 25.08.2015. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб герметизації міхурової протоки при лапароскопічній холецистектомії передбачає виконання лапароскопічної холецистектомії з дренажуванням міхурової протоки по Холстеду-Піковському з виділенням проксимальної частини міхурової протоки з наступним введенням в її просвіт ніпельного дренажу з виступом для його захоплення браншами біполярного затискача, що з'єднаний з апаратом ЕКВЗ – 300 в режимі автоматичного зварювання з наступною подачею імпульса для виконання герметизації дренажу в просвіті міхурової протоки.
8. Застосування способів герметизації міхурової протоки при лапароскопічній холецистектомії дозволяє скоротити час виконання лапароскопічної холецистектомії за рахунок прискореної обробки міхурової протоки та підвищення її надійності стосовно герметизації при наявності показів до біліарного дренажування в умовах гострого та хронічного запалення за рахунок застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин, виключаючи необхідність проведення додаткової санації підпечінкового простору та встановлення контрольного дренажу в підпечінковий простір (медичні), зменшити кількість післяопераційних ускладнень, що призведе до прискорення одужання та післяопераційної реабілітації (соціальні), зменшить тривалість стаціонарного етапу лікування та періоду тимчасової непрацездатності, знижується вартість обладнання для виконання операції, враховуючи відсутність необхідності застосування додаткового обладнання(економічні).
9. Апарат ЕКВЗ – 300, лапароскопічний біполярний затискач.
10. Оперативні втручання, що здійснюються лапароскопічним доступом та потребують виконання пункції жовчного міхура (гострий та хронічний холецистит).
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестьянов М.Ю., Зубаль В.І., Свиридчук Б.В.

#### **Реєстр. № 510/5/18**

1. **СПОСІБ ОБРОБКИ ГРИЖОВОГО МІШКА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ТАРР ГЕРНІОПЛАСТИЦІ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на корисну модель № 102973. МПК (2015.01) А61В 17/00, А61В 17/42 (2006.01), А61В 18/12 (2006.01). Спосіб обробки грижового мішка при лапароскопічній ТАРР герніопластиці / Крестьянов М.Ю., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201505541; заявл. 05.06.2015; опубл. 25.11.2015. Бюл. № 22.
6. Немає.

7. Спосіб обробки грижового мішка при лапароскопічній ТАРР герніопластиці передбачає під час лапароскопічної операції виділення грижового мішку з наступною його тракцією в бік черевної порожнини, після чого за допомогою бранш біполярного затискача, що з'єднаний з апаратом ЕКВЗ – 300, поетапно виконують захоплення та обробку в режимі автоматичного зварювання стінок грижового мішку із зварюванням.
8. Застосування способу обробки грижового мішка при лапароскопічній ТАРР герніопластиці зменшує операційну травму очеревини, враховуючи її крихкість при застосуванні інтракорпорального або степлерного шва, дозволяє скоротити час виконання лапароскопічної операції за рахунок прискореної обробки грижового мішку шляхом застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин та підвищення її надійності, виключаючи використання додаткового інструментарію (ендоскопічного кліпатора, такера чи інтракорпорального шва) при виконанні лапароскопічної операції з приводу пахової грижі, профілактуючи, таким чином, можливість виникнення синдрому гострого та хронічного пахвинного болю, оскільки відсутнє степлерне пошкодження нервових стовбурів преперитонеальної ділянки (медичні), зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді спайкової хвороби очеревини, синдромів гострого та хронічного пахвинного болю, що призведе до прискорення одужання та післяопераційної реабілітації (соціальні), зменшить тривалість стаціонарного етапу лікування та періоду тимчасової непрацездатності, знижується вартість обладнання для виконання операції, враховуючи відсутність необхідності застосування ендостеплерів (економічні).
9. Апарат ЕКВЗ – 300, лапароскопічний біполярний затискач.
10. Первинні пахові грижі та рецидивні пахові грижі після операції Ліхтенштейна.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігались.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Саволук С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю.

#### **Реєстр. № 511/5/18**

1. **СПОСІБ ПРЕПАРУВАННЯ ОЧЕРЕВИНИ ТА СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ТАРР ГЕРНІОПЛАСТИЦІ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини, черевної стінки та судин», 0117U002468, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. З,В.
5. Патент України на корисну модель № 103273. МПК (2015.01) А61В 17/00, А61В 17/42 (2006.01). Спосіб препарування очеревини та сім'яного канатика при лапароскопічній ТАРР герніопластиці / Крестянов М.Ю., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М.; заявник і патентовласник НМАПО імені П.Л. Шупика. – № u201505540; заявл. 05.06.2015; опубл. 10.12.2015. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб препарування очеревини та сім'яного канатика при лапароскопічній ТАРР герніопластиці передбачає під час виконання лапароскопічного втручання через 5 мм троакар введення пункційної лапароскопічної голки довжиною до 30 см, кінець голки діаметром 1-2 мм, що під'єднаний до 20 мл шприца, після чого під оптичним контролем проколюють очеревину преперитонеальної ділянки в проекції пахвинної грижі і вводять розчин місцевого анестетика, відшаровуючи очеревину від

- підлеглих тканин, після мобілізації очеревини розчин місцевого анестетика вводять між гризовим мішком та сім'яним канатиком, внаслідок чого гризовий мішок відшаровується від елементів сім'яного канатика, спрощуючи етап його мобілізації.
8. Застосування препарату очеревини та сім'яного канатика при лапароскопічній ТАРР герніопластиці дозволяє скоротити час виконання лапароскопічної операції за рахунок прискореної обробки очеревиного лоскута, що необхідний для закриття імпланту, та підвищити безпеку виконання ендоскопічних маніпуляцій шляхом локальної блокади преперитонеальної зони агресії, в тому числі на етапі виконання дисекції сім'яного канатика, оскільки гідропрепарування підвищує якість візуалізації, зменшуючи вірогідність травми кровоносних судин та нервів при виконанні лапароскопічної операції з приводу пахової грижі, профілактуючи, таким чином, можливість виникнення синдрому гострого та хронічного пахвинного болю (медичні), зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді синдромів гострого та хронічного пахвинного болю, що призведе до прискорення одужання та післяопераційної реабілітації (соціальні), зменшить тривалість стаціонарного етапу лікування та періоду тимчасової непрацездатності, знижується вартість обладнання для виконання операції, враховуючи відсутність необхідності застосування ендостеплерів та інструментів для проведення гемостазу та мобілізації (економічні).
  9. Лапароскопічний біполярний затискач, пункційна голка для лапароскопії, розчин місцевого анестетика.
  10. Первинні пахові грижі та рецидивні пахові грижі після операції Ліхтенштейна.
  11. Немає.
  12. Ускладнення не спостерігались.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Немає.
  15. Саволук С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестьянов М.Ю.

#### Реєстр. № 512/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування захворювань органів гепатопанкреатобіліарної зони», 0114U001350, 2014-2016 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 115516. МПК А61В 17/00. Спосіб профілактики абдомінального компартмент-синдрому при гострому некротичному панкреатиті / Дронов О.І., Ковальська І.О., Горлач А.І., Бурміч К.С., Задорожня К.О., Криворук О.М.; заявник і патентовласник Дронов О.І. – № u201608146; заявл.25.07.2016; опубл.25.04.2017. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. При даній методиці застосовується екстраабдомінальний доступ. Він полягає у послідовному формуванні у преперитонеальному просторі на рівні серединної лінії передньої черевної стінки вільної штучної порожнини з подальшим розсіченням апоневрозу білої лінії живота від мечоподібного відростка до лобкового зчленування з метою збільшення об'єму черевної порожнини.
8. Запропонований спосіб забезпечує декомпресію черевної порожнини, що дозволяє одночасно ефективно знизити внутрішньочеревний тиск та запобігти екзогенному інфікуванню панкреатичних некрозів при абдомінальному компартмент-синдромі у хворих на гострий некротичний панкреатит.
9. Операційне, лапароскопічне та анестезіологічне забезпечення.

10. Гострий некротичний панкреатит ускладнений синдромом внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступеня.
11. Рефрактерний панкреатогенний шок.
12. Передперітонеальна гематома.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський 59б; тел. (044) 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0445245942), Ковальська І.О., Горлач А.І., Бурміч К.С., Задорожня К.О., Криворук О.М.

#### Реєстр. № 513/5/18

1. **СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕКАНАЛІЗАЦІЇ СТЕНОЗУЮЧИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Впровадження малоінвазивних хірургічних технологій в лікуванні патології органів черевної порожнини, передньої черевної стінки, морбідного ожиріння за методикою «fast track»», 0118U000147, 2018-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119665. МПК А61В 17/94 (2016.01); А61В 18/12 (2016.01). Спосіб ендоскопічної реканалізації стенозуючих пухлин товстої кишки / Іоффе О.Ю., Стець М.М., Перепадя В.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201606215; заявл. 08.06.2016; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Нині одним із основних методів ендоскопічної реканалізації стенозуючих пухлин є застосування ендоскопічного електроножа для резекції слизової оболонки. Запропонований електроніж виконаний у вигляді кільця діаметром 0,5-0,7 см і має гнучкий ізольований провідник в дистальній частині, який направляє його строго по каналу пухлини, що стенозує просвіт кишки та відразу розширює його до відповідного діаметра. Реканалізація стенозуючої пухлини даним способом здійснюється під час колоноскопії шляхом введення електроножа в просвіт каналу пухлини при напрузі току 70-80 Вт в режимі коагуляції. Пошарове зрізання пухлинної тканини проводиться до розширення діаметру каналу пухлини, що є достатнім для проходження декомпресійного зонду.
8. Недоліком аналогів способу є тривалість процедури до 2 годин, що є обтяжливим для пацієнтів з даною патологією, неможливість здійснення останньої при відсутності візуального контролю за межами каналу пухлини, при неможливості встановити та зафіксувати ендоскоп на одній вісі з пухлинним каналом та при наявності протяжного звивистого каналу. Перевага нашої наукової продукції полягає у застосуванні ендоскопічного електроножа з гнучким провідником, який направляє ніж строго по каналу пухлини, що стенозує просвіт кишки та відразу розширює його до відповідного діаметру. Застосування запропонованого нами способу дозволить скоротити час проведення процедури та спростити технічні аспекти її виконання.
9. Ендоскоп, ендоскопічний монополярний електрод, електроніж у вигляді кільця з гнучким ізольованим провідником, який направляє рух електроножа і фіксується на дистальній частині електроду, електрокоагулятор високочастотний ЕК-300М1 в режимі коагуляції.
10. Стенозуючі пухлини товстої кишки.

11. Технічна неможливість та наявні протипоказання до проведення ендоскопічного дослідження, неможливість ендоскопічної верифікації каналу пухлини.
12. Дуже рідко можливі ускладнення, пов'язані з проведенням ендоскопічної процедури та перфорація стінки порожнистого органу при надмірній дії електричного струму на тканини.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 2. 02000, м. Київ, вул. П. Запорожця, 26.
14. Київська міська клінічна лікарня № 3, хірургічний корпус.
15. Іоффе О.Ю., Стець М.М., Перепадя В.М. (0673365056), e-mail: perepadja75@ukr.net.

### Реєстр. № 514/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування захворювань органів гепатопанкреатобіліарної зони», 0114U001350, 2014-2016 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 115517. МПК А61В 17/00. Спосіб профілактики абдомінального компартмент-синдрому при гострому некротичному панкреатиті / Дронов О.І., Ковальська І.О., Горлач А.І., Бурміч К.С., Задорожня К.О., Криворук О.М.; заявник і патентовласник Дронов О.І. – № u201608147; заявл.25.07.2016; опубл.25.04.2017. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Виконується лапароскопічна декомпресія заочеревненої клітковини шляхом розсічення парієтальної очеревини правого та лівого бокових синусів від здухвинних ямок максимально угору. Далі виконується декомпресійна фасціотомія передньої черевної стінки з метою збільшення об'єму черевної порожнини. За допомогою ультразвукового дисектора виконують пошаровий розтин парієтальної очеревини по серединній лінії живота від пупка до мечоподібного відростка та апоневроза білої лінії живота. Далі виконується діафаноскопія (трансілюмінація) передньої черевної стінки з метою візуалізації правої та лівої спігелевих ліній, після їх маркування на шкірі, виконують фасціотомію зі сторони черевної порожнини шляхом пошарового розсічення парієтальної очеревини в проекції спігелевих ліній та саме апоневротичного шару даної зони від здухвинних ділянок до реберних дуг.
8. Запропонований спосіб ліквідує внутрішньочеревну гіпертензію, за рахунок декомпресії черевної порожнини шляхом комбінування лапароскопічної декомпресії заочеревненого простору, дренажу черевної порожнини та декомпресійної фасціотомії з метою попередження розвитку абдомінального компартмент-синдрому у хворих на тяжкий гострий некротичний панкреатит.
9. Операційне, лапароскопічне та анестезіологічне забезпечення.
10. Гострий некротичний панкреатит ускладнений синдромом внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступеня.
11. Рефрактерний панкреатогенний шок.
12. Внутрішньочеревна кровотеча.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 596; тел. (044) 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0445245942), Ковальська І.О., Горлач А.І., Бурміч К.С., Задорожня К.О., Криворук О.М.



## Реєстр. № 515/5/18

- СПОСІБ ПОСИЛЕННЯ ПРОЦЕСУ КРІОФІКСАЦІЇ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОЇ ЗЛОЯКІСНОЇ СОЛІДНОЇ ПУХЛИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ДИСТИЛЬОВАНОЮ Н<sub>2</sub>О.**
- НДР «Застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні пухлин гепатопанкреатодуоденальної зони», 0116U004901; 2016-2018 рр.
- Хірургія.
- 1+,А.
- Патент України на корисну модель № 119932. МПК А61В 17/00, А61В 18/02 (2006.01). Спосіб посилення процесу кріофіксації резектабельної злоякісної солідної пухлини підшлункової залози дистильованою Н<sub>2</sub>О / Дронов О.І., Хоменко Д.І.; заявник і патентовласник заявник і патентовласник Дронов О.І. – № u201705020; заявл. 24.05.2017; опубл. 10.10.2017. Бюл. № 19.
- Немає.
- Спосіб посилення процесу кріофіксації резектабельної злоякісної солідної пухлини підшлункової залози дистильованою Н<sub>2</sub>О, включає проведення локальної кріодії на злоякісну солідну пухлину ПЗ. Інтраопераційно в пухлину ПЗ вводять дистильовану Н<sub>2</sub>О, об'єм якої має складати 38% об'єму пухлини, а через 5 хв. виконують кріофіксацію пухлини одним циклом прямим контактним способом з індивідуалізацією тривалості періоду заморожування і фіксацією часу появи температур в діапазоні мінусових значень (-35±5°C) по показнику окремо взятої мідь-константанової термопари Т-типу в найвіддаленішій від робочої поверхні кріоаплікатора дорзальній частині пухлини.
- Запропонований спосіб посилення процесу кріофіксації резектабельної пухлини ПЗ дозволяє гарантовано отримувати необоротні деструктивні зміни в пухлинних клітинах в заданому об'ємі та тромбоз судин гемомікроциркуляторного русла пухлини, що призводить до зниження ризику інтраопераційної дисемінації пухлинних клітин під час виконання пальпаторно-тракційних маніпуляцій з пухлиною на етапі її радикального видалення та призводить до подовження виживаності даної категорії хворих.
- Операційне, анестезіологічне забезпечення, універсальна кріохірургічна установка «Кріо-Пульс» (Україна), комплекс вимірювальний інтраопераційний термодіагностичний чотириканальний (КВІТ-4) (Україна), дистильована Н<sub>2</sub>О.
- Пацієнти з резектабельною протоковою аденокарциномою головки підшлункової залози.
- Хворі на рак підшлункової залози метастатичної та місцево-розповсюдженої форм.
- Некроз стінки порожнистого органу (шлунок, поперечно-ободова кишка внаслідок ятрогенного холодового ушкодження, введення дистильованої Н<sub>2</sub>О в просвіт магістральної судини.
- Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59б; тел. (044) 524-59-42.
- Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
- Дронов О.І. (0445245942), Хоменко Д.І.

## Реєстр. № 516/5/18

- СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ КРІОАБЛЯЦІЇ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЇ ПУХЛИНИ ТІЛА, ХВОСТА.**

2. НДР «Застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні пухлин гепатопанкреатодуоденальної зони», 0116U004901; 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 122374. МПК А61В 17/00, А61В 18/02 (2006.01). Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту головки підшлункової залози при кріоабляції нерезектабельної пухлини тіла, хвоста / Дронов О.І., Добуш Р.Д., Хоменко Д.І., Бакунець П.П.; заявник і патентовласник заявник і патентовласник Дронов О.І. – № u201704422; заявл. 04.05.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту головки підшлункової залози при кріоабляції нерезектабельної пухлини тіла, хвоста включає механізми пригнічення екзокринної секреції підшлункової залози, який відрізняється тим, що на першому етапі операції проводять трансекцію підшлункової залози на рівні перешийка та ушивають проксимальну культю залози П-подібними швами з наступним виконанням кріоабляції нерезектабельної пухлини тіла та хвоста підшлункової залози.
8. Запропонований спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту головки ПЗ, шляхом виконання трансекції на рівні перешийка залози у хворих, яким показана паліативна кріоабляція нерезектабельної пухлини тіла, хвоста ПЗ, сприяє поліпшенню якості життя хворих за рахунок усунення хронічного больового синдрому; дозволяє покращити безпосередні результати лікування за рахунок профілактики ускладнень (панкреатична нориця, арозивна кровотеча, гнійно-септичні ускладнення); подовжити виживаність за рахунок можливості проведення ад'ювантної хіміотерапії.
9. Операційне, анестезіологічне забезпечення, універсальна кріохірургічна установка «Кріо-Пульс» (Україна).
10. Пацієнти з нерезектабельною протоковою аденокарциномою тіла, хвоста підшлункової залози.
11. Ризик наркозу перевищує ризик проведеного оперативного втручання.
12. Некроз стінки порожнистого органу (шлунок, поперечно-ободова кишка внаслідок ятрогенного холодового ушкодження).
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59б; тел. (044) 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0445245942), Добуш Р.Д., Хоменко Д.І., Бакунець П.П.

#### Реєстр. № 517/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТІЛА, ХВОСТА ПРИ КРІОАБЛЯЦІЇ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЇ ПУХЛИНИ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні пухлин гепатопанкреатодуоденальної зони», 0116U004901; 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 122375. МПК А61В 17/00, А61В 18/02 (2006.01). Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту тіла, хвоста при кріоабляції нерезектабельної пухлини головки підшлункової залози / Дронов О.І.,

- Добуш Р.Д., Хоменко Д.І., Бакунець П.П.; заявник і патентовласник Дронов О.І. – № u201704423; заявл.04.05.2017; опубл.10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
  7. Спосіб профілактики післяопераційного панкреатиту тіла, хвоста підшлункової залози при кріоабляції нерезектабельної пухлини головки включає механізми пригнічення екзокринної секреції підшлункової залози, який відрізняється тим, що на першому етапі операції проводять трансекцію підшлункової залози на рівні перешийка з накладанням П-подібних швів на проксимальну та дистальну культі залози з наступним виконанням кріоабляції нерезектабельної пухлини головки підшлункової залози та обов'язковою дуоденектомією 2/3 її окружності.
  8. Запропонований спосіб профілактики гострого післяопераційного панкреатиту тіла, хвоста ПЗ, шляхом виконання трансекції на рівні перешийка залози у хворих, яким показана паліативна кріоабляція нерезектабельної пухлини головки ПЗ з дуоденектомією 2/3 її окружності, сприяє поліпшенню якості життя хворих за рахунок усунення хронічного больового синдрому; дозволяє покращити безпосередні результати лікування за рахунок профілактики ускладнень (панкреатична нориця, арозивна кровотеча, гнійно-септичні ускладнення); подовжити виживаність за рахунок можливості проведення ад'ювантної хіміотерапії.
  9. Операційне, анестезіологічне забезпечення, універсальна кріохірургічна установка «Кріо-Пульс» (Україна).
  10. Пацієнти з нерезектабельною протоковою аденокарциномою головки підшлункової залози.
  11. Ризик наркозу перевищує ризик проведеного оперативного втручання.
  12. Некроз стінки порожнистого органу (шлунок, поперечно-ободова кишка внаслідок ятрогенного холодового ушкодження).
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59б; тел. (044) 524-59-42.
  14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
  15. Дронов О.І. (0445245942), Добуш Р.Д., Хоменко Д.І., Бакунець П.П.

#### Реєстр. № 518/5/18

1. **КОМПЛЕКС ВИМІРЮВАЛЬНИЙ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИЙ ТЕРМОПАРНИЙ ЧОТИРИКАНАЛЬНИЙ (КВІТ-4).**
2. НДР «Застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні пухлин гепатопанкреатодуоденальної зони», 0116U004901, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 116730. МПК А61В 18/02 (2006.01), А61В 17/32 (2006.01). Комплекс вимірювальний інтраопераційний термопарний чотириканальний (КВІТ-4) / Дронов О.І., Хоменко Д.І., Лещенко В.М., Жарков А.Я., Крутько О.А., Земсков С.В., Козачук Є.С.; заявник і патентовласник Дронов О.І. – № a201603076; заявл.25.03.2016; опубл.12.06.2017. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Комплекс вимірювальний інтраопераційний термопарний чотириканальний (КВІТ-4) включає в себе термопару Т-типу, вбудовану в голку, для вимірювання температури в пухлині під час локальної кріодії, при чому застосовують спеціальний кільцевий тримач термопар з внутрішнім діаметром 30 мм як під плоскі, так і сферичні кріоаплікатори діаметром від 5 до 30 мм, оснащений чотирма

- голками фіксованої довжини (3, 8, 13 та 18 мм) діаметром 1 мм, які вводять в біологічну тканину під кутом 0°.
8. Розробка та впровадження в клінічну практику комплексу вимірювального інтраопераційного термопарного (КВІТ-4) дає можливість проводити інтраопераційний контроль ефективності виконання локальної кріодії на біологічну тканину в тому числі пухлинну на дискретних глибинах 3, 8, 13 та 18 мм від робочої поверхні кріоаплікатора універсальної кріохірургічної установки «Кріо-Пульс» (Україна).
  9. Операційне, анестезіологічне забезпечення, універсальна кріохірургічна установка «Кріо-Пульс» (Україна), комплекс вимірювальний інтраопераційний термопарний чотириканальний (КВІТ-4) (Україна).
  10. Пацієнти з пухлинними ураженнями, експериментальні моделі in vivo, in vitro, де застосовується локальна кріодія (кріодеструкція, кріофіксація).
  11. Відсутність спеціальної кріохірургічної апаратури.
  12. Порушення цілісності ізоляції вузлів КВІТ-4 при механічному їх пошкодженні, що може призвести до появи похибок в показниках термометрії, не дотримання норм стерилізації КВІТ-4 може призвести до інфікування пацієнтів патогенними збудниками.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 596; тел. (044) 524-59-42.
  14. НВФ «Пульс» (Київ, Україна).
  15. Дронов О.І. (0445245942), Хоменко Д.І., Лещенко В.М., Жарков А.Я., Крутько О.А., Земсков С.В., Козачук Є.С.

#### Реєстр. № 519/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОМИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126650. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб хірургічного лікування аденоми дванадцятипалої кишки / Шепетько Є.М., Гармаш Д.О., Козак Ю.С., Буряк Н.А.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201801501; заявл. 15.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування аденоми дванадцятипалої кишки, що включає резекцію дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що виконують резекцію дванадцятипалої кишки із аденомою та збереженням великого дуоденального сосочка, перетинають дванадцятипалу кишку нижче пілоричного жома, а дистальний кінець дванадцятипалої кишки в місці переходу у нижньогоризонтальну частину перетинають і заглушують; за зв'язкою Трейца перетинають петлю порожньої кишки та мобілізують на судинній брижової аркаді, на відстані 5см від її кінця формують тонкокишковий резервуар з потрійної петлі порожньої кишки лінійним зшивачем Proximat 55мм із послідуочим накладанням апаратного дуодено-єюноанастомоза циркулярним зшивачем Ethicon 25 мм, виконують реімплантацію великого дуоденального сосочка у тонкокишковий резервуар з формуванням панкреато-єюноанастомозу з транспапільярним трансєюнальним роздільним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха та головної панкреатичної

- протоки, накладають ентеро-ентероанастомоз за Ру та єюностому для ентерального харчування.
8. Переваги нашої наукової продукції полягають в зменшенні ризику недостатності швів в зоні реімплантації великого дуоденального сосочка, здійсненні профілактики післяопераційного перитоніту та летальних наслідків.
  9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
  10. Гострокровоточива стенозуюча аденома дванадцятипалої кишки.
  11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
  12. Пошкодження судинної брижової аркади при викроюванні сегмента тонкої кишки за рівнем дуодено-єюнального переходу, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель з обережним та ретельним препаруванням тканин брижі тонкої кишки; невідповідність діаметру циркулярного стиплеру діаметру підпілоричної частини дванадцятипалої кишки, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати циркулярний стиплер відповідного діаметру.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
  14. Немає.
  15. Шепетько Є.М. (0953253121), Гармаш Д.О., Козак Ю.С., Буряк Н.А.

#### Реєстр. № 520/5/18

1. **СПОСІБ АПАРАТНОЇ ГАСТРОЄЮНОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ СУБТОТАЛЬНОЇ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ КАРДІАЛЬНОМУ РАКУ.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123910. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб апаратної гастроєюнопластики після субтотальної проксимальної резекції шлунка при гострокровоточивому кардіальному раку / Шепетько Є.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201710049; заявл. 17.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб апаратної гастроєюнопластики після субтотальної проксимальної резекції шлунка при гострокровоточивому кардіальному раку, що включає проксимальну резекцію шлунка, формування тонкокишкової вставки між стравоходом та куксою антрального відділу шлунка, який відрізняється тим, що після виконання проксимальної резекції шлунка викроюють сегмент тонкої кишки довжиною 45 см на судинній брижовій аркаді, переміщують його позадуободово, формують гастроєюнопластику зшиванням потрійної петлі дистального відділу тонкокишкового сегмента за допомогою лінійного зшивача «Proximat 100», формують апаратний езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивачем «Ethicon 25», анастомозують дистальний відділ гастроєюнопластики з куксою антрального відділу шлунка після накладання на них кисетних швів апаратом накладання кисетного шва за допомогою циркулярного зшивача «Ethicon 33», проведеного через ентеротомію проксимального відділу гастроєюнопластики, з подальшим ушиванням ентеротомії лінійним зшивачем «Proximat 75», виконують позаслизову пілоропластику, відновлюють безперервність тонкої кишки ентеро-ентероанастомозом за допомогою циркулярного зшивача «Ethicon 21», проведеного

- через дистальну поперекову ентоеротомію на відстані 5 см від ентоеро-ентероанастомоза, з подальшим ушиванням ентоеротомії дворядним швом.
8. Переваги нашої наукової продукції полягають у відновленні резервуарної функції шлунка після субтотальної проксимальної резекції шлунка з приводу гострокровоточивого кардіального раку шлунка, профілактиці синдрому малого шлуночка, демпінг-синдрому та есноезофагеального рефлюксу, більш швидкому зростанню маси тіла пацієнта в післяопераційному періоді, корекції післяопераційної анемії, покращенню якості життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.
  9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
  10. Гострокровоточивий рак шлунка.
  11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
  12. Пошкодження судинної брижової аркади при викроюванні сегмента тонкої кишки за рівнем дуодено-снонального переходу, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель з обережним та ретельним препаруванням тканин брижі тонкої кишки.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
  14. Немає.
  15. Шепетько Є.М. (0953253121).

#### Реєстр. № 521/5/18

1. **СПОСІБ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА З ГАСТРОЄЮНОПЛАСТИКОЮ.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123912. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб проксимальної резекції шлунка з гастроєюнопластиком / Шепетько Є.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201710056; заявл. 17.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб проксимальної резекції шлунка з гастроєюнопластиком, що включає накладання езофагоєюноанастомозу на виключеній петлі тонкої кишки за Ру і включення кукси шлунка гастроентероанастомозом «бік у бік», який відрізняється тим, що викроюють сегмент тонкої кишки на судинній брижовій аркаді, проводять його позадуободово, зшивають його дистальний кінець у вигляді літери U лінійним зшивачем Proximat 75 мм, накладають езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивачем Ethicon 25 мм з наступним формуванням дистального есногастроанастомоза між штучним тонкокишковим резервуаром (гастроєюнопластиком) і куксою антрального відділу шлунка циркулярним зшивачем Ethicon 33 мм, ушивають ентоеротомію гастроєюнопластики кисетним і вузловими швами, виконують позаслизову пілоропластику, відновлюють безперервність тонкої кишки накладанням ентоеро-ентероанастомоза ручним швом або циркулярним зшивачем Ethicon 21 мм через дистальну ентоеротомію на відстані 5 см від ентоеро-ентероанастомоза з подальшим ушиванням ентоеротомії дворядним швом.
8. Переваги нашої наукової продукції полягають у зниженні ризику недостатності швів езофагоєюноанастомоза і гастроентероанастомоза, запобіганні натягу швів в області накладання анастомозів, збільшенні резервуарної функції кукси шлунка, що залишилась, здійсненні профілактиці демпінг-синдрому, есно-езофагеального

- рефлюксу, поліпшенні функціональних віддалених результатів операції проксимальної резекції шлунка.
9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
  10. Гострокровоточивий рак шлунка.
  11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
  12. Пошкодження судинної брижової аркади при викроюванні сегмента тонкої кишки за рівнем дуодено-суюнального переходу, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель з обережним та ретельним препаруванням тканин брижі тонкої кишки.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
  14. Немає.
  15. Шепетько Є.М. (0953253121).

#### Реєстр. № 522/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО РАКУ КАРДІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124755. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб хірургічного лікування гострокровоточивого раку кардіального відділу шлунка / Шепетько Є.М., Гармаш Д.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201710019; заявл. 17.10.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування гострокровоточивого раку кардіального відділу шлунка, що полягає у виконанні проксимальної резекції шлунка зі створенням апаратного езофагогастроанастомоза, який відрізняється тим, що тіло шлунка перетинають з боку великої кривизни лінійним зшивачем Proximat-100, виконують гастротомію по передній стінці кардіального відділу шлунка і через неї формують езофагогастроанастомоз циркулярним зшивачем Ethicon-25, відсікають резектовану частину шлунка з пухлиною лінійним зшивачем Proximat-100, виконують позаслизову пілоропластику.
8. Переваги нашої наукової продукції полягають у збільшенні надійності апаратного езофагогастроанастомозу, запобіганні розвитку післяопераційного перитоніту, істотному скороченні часу оперативного втручання.
9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
10. Гострокровоточивий рак кардіального відділу шлунка.
11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
12. Виконання гастротомії в антральному відділі шлунка, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель та виконувати гастротомію в кардіальному відділі шлунка ближче до малої кривизни, але дистальніше пухлини.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (0953253121), Гармаш Д.О.

#### Реєстр. № 523/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО СТЕНОЗУЮЧОГО РАКУ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124759. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб хірургічного лікування гострокровоточивого стенозуючого раку стравоходу / Шепетько Є.М., Гармаш Д.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201710035; заявл. 17.10.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування гострокровоточивого стенозуючого раку стравоходу включає резекцію стравоходу з пухлиною і кардіо-фундальним відділом шлунка, накладання езофагогастроанастомоза в правій плевральній порожнині, який відрізняється тим, що перетинають кардіо-фундальний відділ шлунка під кутом 45° по відношенню до великої кривизни шлунка лінійним зшивачем «Proximat-100», вкривають езофагогастроанастомоз трикутним клаптом кукси шлунка з фіксацією його вузловими швами до стравоходу і передній стінки кукси шлунка в зоні езофагогастроанастомоза.
8. Переваги нашої наукової продукції полягають в створенні муфтоподібного езофагогастроанастомоза шляхом обкутування передньої стінки анастомозу трикутним клаптом кукси шлунка після перетинання кардіо-фундального відділу шлунка.
9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
10. Гострокровоточивий стенозуючий рак стравоходу.
11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
12. Пошкодження судинної брижової аркади в басейні правої та лівої шлунково-сальникової артерії, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель з обережним та ретельним розсіченням шлунково-ободової зв'язки.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (0953253121), Гармаш Д.О.

#### Реєстр. № 524/5/18

1. **СПОСІБ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ ЕЗОФАГОКАРДІАЛЬНОМУ РАКУ.**
2. НДР «Диференційна діагностика і хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок, виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч», 0115U005798, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123913. МПК А61В 17/00 (2018.01). Спосіб проксимальної резекції шлунка при гострокровоточивому езофагокардіальному раку / Шепетько Є.М.; заявник і патентовласник Національний медичний



- університет імені О.О. Богомольця. – № u201710058; заявл. 17.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
  7. Спосіб проксимальної резекції шлунка при гострокровоточивому езофагокардіальному раку, що включає езофагоєюноанастомоз, гастроентероанастомоз на вимкненій петлі тонкої кишки за Ру, який відрізняється тим, що викроюють сегмент тонкої кишки на судинній брижовій аркаді довжиною 25 см, проводять його позадуободово, накладають езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивачем Ethicon 25 мм через просвіт сегмента тонкої кишки з наступним накладанням дистального гастроєюноанастомоза через гастротомію кардіального відділу шлунка циркулярним зшивачем Ethicon 25 мм із відсіканням кардіофундального відділу з пухлиною лінійним зшивачем Proximat 75 мм, виконують позаслизову пілоропластику, відновлюють безперервність тонкої кишки ентеро-ентероанастомозом «кінець в кінець» циркулярним зшивачем Ethicon 21 мм через дистальну поперекову ентеротомію на відстані 5 см від ентеро-ентероанастомоза, ушивають дистальну поперекову ентеротомію дворядним швом.
  8. Переваги нашої наукової продукції полягають у зменшенні ризику натягу швів анастомозів, в тому числі і степлерних, уникненні порочного кола в зоні гастроєюно- і ентеро-ентероанастомоза за Ру, здійсненні профілактики післяопераційної недостатності швів з розвитком перитоніту, поліпшенні функціональних результатів оперативного втручання.
  9. Лапаротомний набір інструментів, ультразвуковий скальпель, лінійні та циркулярні зшиваючі апарати.
  10. Гострокровоточивий езофагокардіальний рак.
  11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
  12. Пошкодження судинної брижової аркади при викроюванні сегмента тонкої кишки за рівнем дуодено-єюнального переходу, для запобігання цього ускладнення необхідно застосовувати ультразвуковий скальпель з обережним та ретельним препаруванням тканин брижі тонкої кишки.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
  14. Немає.
  15. Шепетько Є.М. (0953253121).

#### Реєстр. № 525/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ.**
2. НДР «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та гнійних захворювань м'яких тканин», 0114U003980, 2014-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125033. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пахових гриж / Колосович І.В., Ганоль І.В., Кріль О.С.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201704388; заявл. 07.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб включає розсічення шкіри і підшкірної жирової клітковини на 2 см вище і паралельно паховій зв'язці, розсічення апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота. Далі здійснюють виділення сім'яного канатика, взяття його на тримачі, занурення грижового мішка в черевну порожнину і виконують підшивання до пахової зв'язки внутрішнього косого, поперечного м'язів живота та поперечної фасції 2-3 швами. Підшивають сітчастий протез та укладають на нього сім'яний

- канатик, ушивають апоневроз зовнішнього косого м'язу живота, здійснюють контроль гемостазу та ушивання рани. Після занурення грижового мішка в черевну порожнину виконують підшивання до пахової зв'язки внутрішнього косого, поперечного м'язів живота та поперечної фасції 2-3 швами.
8. Використання запропонованого способу дозволяє знизити ризик формування гематом та сером в ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів з паховими грижами і тим самим покращити результати хірургічного лікування хворих з паховими грижами.
  9. Лапаротомний набір, поліпропіленова сітка.
  10. Пахові грижі.
  11. Немає.
  12. Рідинні накопичення у підапоневротичному просторі.
  13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
  14. Немає.
  15. Колосович І.В., Ганоль І.В. (067698 8617), Кріль О.С.

### Реєстр. № 526/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики, лікувальної тактики та профілактики гострої хірургічної патології та її ускладнень», 0116U005024, 2015-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126213. МПК (2018.01), А61К 33/18 (2006.01), А61В 17/00, А61Р 31/02. Спосіб лікування гнійно-некротичних ускладнень синдрому діабетичної стопи / Кизименко О.О., Ляховський В.І., Городова-Андреева Т.В., Краснов О.Г.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201713150; заявл. 29.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Хворому, на другу добу після розкриття флегмони, в рану встановлюється закрита вакуумна система для створення негативного тиску і постійної аспірації з заданими показниками та періодичним введенням в рану розведеного розчином «Рінгера» охолодженого розчину «Бетадин».
8. Використання запропонованого способу у пацієнтів з гнілісно-некротичними флегмонами синдрому діабетичної стопи дозволяє значно прискорити очищення рани та стимулювати репаративні процеси, створюючи найбільш сприятливі умови для загоєння рани та суттєво зменшити терміни перебування у хірургічних стаціонарах і знизити витрати на лікування таких пацієнтів. При цьому значно знижується ризик подальшого розповсюдження процесу та відсутність необхідності в додаткових оперативних втручаннях.
9. Розчин «Рінгера», 10% розчин «Бетадин», поліхлорвінілова трубка, поліуретанова губка, апарат для створення постійного негативного тиску, ультратонка клейка поліпропіленова плівка.
10. Показаннями для застосування запропонованого способу є гнілісно-некротичні флегмони стоп у пацієнтів з цукровим діабетом.
11. Алергічні реакції на препарати йоду.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.

15. Кизименко О.О. (0669386174), Ляховський В.І., Городова-Андрєєва Т.В., Краснов О.Г.

**Реєстр. № 527/5/18**

1. **СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ ГАНГРЕНІ ПАЛЬЦІВ СТОПИ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики, лікувальної тактики та профілактики гострої хірургічної патології та її ускладнень», 0116U005024, 2015-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127602. МПК (2018.01), А61В/3205 (2006.01), А61В 17/56 (2006.01), А61К 31/00, А61К 31/167 (2006.01). Спосіб комбінованого органозберігаючого лікування при діабетичній гангрені пальців стопи / Кизименко О.О., Ляховський В.І., Городова-Андрєєва Т.В., Краснов О.Г., Люлька О.М.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201802791; заявл. 19.03.2018; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Оперативне втручання здійснюється шляхом формування клиновидного розрізу у між пальцевих проміжках з подальшою ампутацією ураженого пальця та резекцією голівки відповідної плеснової кістки. Рану промивають антисептиками та встановлюють серветку з Діоксизолем. На другу добу після розкриття гнійника в рану встановлюється закрита вакуумна система для створення негативного тиску і постійної аспірації з спеціальними показниками та періодичним введенням в рану підігрітого до 38°C розчину «Декасан».
8. Використання запропонованого способу у пацієнтів при діабетичній гангрені пальців стопи дозволяє значно прискорити очищення рани та стимулювати репаративні процеси, створюючи найбільш сприятливі умови для загоєння рани та суттєво зменшити витрати на лікування таких пацієнтів. При цьому значно знижується ризик подальшого розповсюдження процесу та відсутність необхідності в додаткових реампутаціях.
9. Розчин «Декасан» 10%, поліхлорвінілова трубка, поліуретанова губка, апарат для створення постійного негативного тиску, ультратонка клейка поліпропіленова плівка.
10. Показаннями для застосування запропонованого способу є діабетична гангрена пальців стопи.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Кизименко О.О., Ляховський В.І., Городова-Андрєєва Т.В., Краснов О.Г., Люлька О.М. (0669386174).

**Реєстр. № 528/5/18**

1. **СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ВЕРХНЬОГО ПОПЕРЕЧНОГО ШКІРНО-ЖИРОВОГО КЛАПТЯ В ЛЮДЕЙ З ДОЛІХОМОРФНОЮ БУДОВОЮ ТУЛУБА.**
2. НДР «Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень», 0111U006302, 2011-2015 рр.

3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України № 113467. МПК А61В 17/00. Спосіб мобілізації верхнього поперечного шкірно-жирового клаптя в людей з доліхоморфною будовою тулуба /Малик С.В., Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Драбовський В.С.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – № u201112228; заявл. 28.07.2016, опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб мобілізації верхнього поперечного шкірно-жирового клаптя живота в людей з доліхоморфною формою тулуба, що включає виконання класичної абдомінопластики нижньогоризонтальним доступом в гіпогастрії, маніпуляціями з підшкірно-жировою клітковиною, м'язево-апоневротичним шаром та наступною резекцією надлишку тканин, який відрізняється тим, що тракцію латеральних країв шкірно-жирового клаптя при ушиванні операційної рани виконують під ротаційним кутом 57-62° у чоловіків, та 61-69° у жінок.
8. Використання запропонованого способу дозволить одержати на місці розрізу нормотрофічний рубець, покращити естетичні результати абдомінопластики, зменшити кількість ранових ускладнень, скоротити період реабілітації та знизити показник ліжко-дня в стаціонарі.
9. Загальнохірургічний інструментарій.
10. Лікування косметичних дефектів передньої черевної стінки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Перша міська клінічна лікарня, м. Полтава.
15. Малик С.В., Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Драбовський В.С., Драбовський В.С. (0532676276).

#### Реєстр. № 529/5/18

1. **СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ГРУДНОЇ ЛІМФАТИЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МОДИФІКОВАНОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ШИЇ.**
2. НДР «Розробка, вдосконалення та впровадження нових методів діагностики та лікування доброякісних пухлин та захворювань матки і додатків у жінок різного віку з асоційованою ендокринною патологією», 0116U03040, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130666. МПК А61В 5/00, G01N 21/00. Спосіб ідентифікації грудної лімфатичної протоки при проведенні модифікованої лімфодисекції шиї / Ларін О.С., Паламарчук В.О., Войтенко В.В., Смоляр В.А.; заявник та патентовласник Український науково-практичний центр ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. – № u201804273; заявл. 19.04.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб дозволить оптимізувати методи профілактики травмування грудної лімфатичної протоки під час оперативного втручання та дозволить уникнути розвитку лімфореї в ранньому післяопераційному періоді з можливим повторним оперативним втручанням. Перед оперативним втручанням з дисекцією шиї та лімфаденектомією, за три години до початку операції хворий вживає перорально суміш харчових тригліцеридів (15% – 100 мл сметана). Пік концентрації тригліцеридів у лімфатичній системі відбувається через 2-3 години після вживання,

та утримується до 2-3 годин. Інтраопераційно проводять ідентифікацію судинних структур для виявлення ГЛП. При можливому травмуванні лімфатичної судини в операційній рані з'являється виділення з характерним «молочним» забарвленням, що потребує літування лімфатичної судини.

8. Медичний: ідентифікація грудної лімфатичної протоки з метою попередження її пошкодження під час оперативного втручання, дозволяє ідентифікувати судинні структури, що забезпечує виникнення післяопераційних специфічних ускладнень; економічний: не потребує спеціальних навиків та дороговартісного обладнання.
9. Суміш харчових тригліцеридів (15% – 100 мл сметана) на доопераційному етапі за 3 години до проведення оперативного втручання.
10. Профілактика травмування грудної лімфатичної протоки під час проведення операцій з приводу злоякісних захворювань щитоподібної залози.
11. Непереносимість суміші харчових тригліцеридів (15% – 100 мл сметана).
12. Непереносимість складових частин препарату.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 02091, м. Київ, Кловський узвіз 13-А.
14. Немає.
15. Ларін О.С., Паламарчук В.О., Войтенко В.В., Смоляр В.А.

#### Реєстр. № 530/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ АРОЗИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ У ПОРОЖНИНУ ПСЕВДОКІСТИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 95265. МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених арозивною кровотечею у порожнину псевдокісти / Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Тесленко М.М., Свирєпо П.В., Колесник В.П., Вовк В.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201408811; заявл. 04.08.2014; опубл. 10.12.2014. Бюл. № 23.
6. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, що включає попереднє виконання пункції псевдокісти під контролем УЗД, та після стабілізації стану хворого виконання лапаротомії з наступною тампонадою порожнини псевдокісти пасмом великого чепця з зовнішнім її дрениванням U-подібною трубкою з марлевым тампоном та розташуванням над ним гумової рукавиці з марлевым тампоном. The method of surgical treatment of pseudocyst of the pancreas, which includes the pre-execution of the puncture of the pseudocyst under the control of the ultrasound, and after stabilization of the patient's performance of laparotomy with the subsequent tamponade of the cavity of pseudocyst by a loop of a large cap with its external drainage U-shaped tubing with a gauze swab and the placement of rubber gloves over it gauze swab.
7. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози включає оцінку характеру рідини під час пункції псевдокісти під контролем УЗД при наявності арозивної кровотечі в порожнину кісти. Після стабілізації стану хворого виконують лапаротомію. Порожнину псевдокісти пунктують та розсікають упродовж голки. Проводять санацію кісти та її тампонаду пасмом великого сальника шляхом його заведення в порожнину кісти. Додатково до порожнини кісти заводять дренаж у

- вигляді U-подібної дренажної гумової трубки з марлевым тампоном та над ним розташовують гумову рукавицю з марлевым тампоном. Стінки псевдокісти підшивають до парієтальної очеревини, трубку, рукавицю та тампони виводять через окрему контрапертуру з їх фіксацією до шкіри.
8. Медичні – підвищення ефективності дренування за рахунок конструкції дренажу та розташування дренажної трубки та гумової рукавиці, наявністю марлевих тампонів, а також способом фіксації стінки псевдокісти. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на ускладнені псевдокісти підшлункової залози за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
  9. Операційна, лікар-хірург, дренаж у вигляді U-подібної гумової трубки, марлевий тампон, гумова рукавиця.
  10. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені арозивною кровотечею у порожнину псевдокісти.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Криворучко І.А., Гончарова Н.М. (0506181181), Тесленко С.М., Тесленко М.М., Свирепо П.В., Колесник В.П., Вовк В.А.

#### **Реєстр. № 531/5/18**

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ НАГНОЄННЯМ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 95264. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених нагноєнням / Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Тесленко М.М., Свирепо П.В., Тонкоглас О.А., Вовк В.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201408810; заявл. 04.08.2014; опубл. 10.12.2014. Бюл. № 23.
6. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, що включає попереднє виконання пункції псевдокісти під контролем УЗД, та після стабілізації стану хворого виконання лапаротомії з наступною тампонадою порожнини псевдокісти пасмом великого чепця з зовнішнім її дренуванням U-подібною трубкою. The method of surgical treatment of pseudocyst of the pancreas, which includes the pre-execution of the puncture of the pseudocyst under the control of the ultrasound, and after stabilization of the patient's performance of laparotomy with the subsequent tamponade of the cavity of pseudocyst with the rib of a large cap with its external drainage U-shaped tube.
7. Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених нагноєнням, включає попереднє виконання пункції псевдокісти під контролем УЗД, визначення характеру рідини та виду збудника, стабілізацію стану хворого та виконання лапаротомії. Порожнину псевдокісти пунктують, кісту розсікають та проводять її санацію з врахуванням виду збудника. Пасмо великого сальника заводять у порожнину псевдокісти, виконуючи її тампонування. Додатково у порожнину кісти заводять дренаж у вигляді U-подібної дренажної гумової трубки та над ним – гумову рукавицю, розсічені стінки псевдокісти підшивають до

- парієтальної очередини, трубку та рукавицю виводять через окрему контрапертуру та фіксують. Рукавицю та трубку видаляють після припинення виділень з трубки.
8. Медичні – підвищення ефективності дреноування за рахунок конструкції дренажу та розташування дренажної трубки та гумових стрічок, а також способом фіксації стінки псевдокісти. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на ускладнені псевдокісти підшлункової залози за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
  9. Операційна, лікар-хірург, дренаж у вигляді U-подібної гумової трубки, гумові рукавиці.
  10. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені нагноєнням.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Немає.
  15. Криворучко І.А., Гончарова Н.М. (0506181181), Тесленко С.М., Тесленко М.М., Свирєпо П.В., Тонкоглас О.А., Вовк В.А.

#### Реєстр. № 532/5/18

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 92112. МПК G01N 33/49. Спосіб диференційної діагностики хронічного панкреатиту та раку підшлункової залози / Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко М.М., Тесленко С.М., Свирєпо П.В., Тонкоглас О.А., Арсен'єв О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201403464; заявл. 04.04.2014; опубл. 25.07.2014. Бюл. № 14.
6. Спосіб диференційної діагностики хронічного панкреатиту та раку підшлункової залози включає біохімічне дослідження проби крові. В пробі крові визначають рівень білірубину прямого та вміст лімфоцитів. The method of differential diagnosis of chronic pancreatitis and pancreatic cancer includes a biochemical examination of blood samples. Blood samples determine the level of bilirubin direct and the content of lymphocytes.
7. Спосіб диференційної діагностики хронічного панкреатиту та раку підшлункової залози включає біохімічне дослідження проби крові. В пробі крові визначають рівень білірубину прямого та вміст лімфоцитів, та одержані значення вводять в формули:  

$$Y_{\text{ХП}} = -16,75 - 0,0035 \times \text{«білірубін прямий»} + 0,42 \times \text{«лімфоцити»} + 0,4 \times \text{«вік»};$$

$$Y_{\text{РАК ПЗ}} = -18 - 0,0083 \times \text{«білірубін прямий»} + 0,36 \times \text{«лімфоцити»} + 0,44 \times \text{«вік»};$$
та розраховують показники  $Y_{\text{ХП}}$  – діагноз хронічного панкреатиту,  $Y_{\text{РАК ПЗ}}$  – діагноз раку підшлункової залози, а диференційний діагноз встановлюють за більшим значенням функції.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит та рак підшлункової залози. Соціальні – покращення якості життя у хворих на хронічний панкреатит та рак підшлункової залози. Економічні – скорочення фінансових

- витрат на лікування 1 хворого на хронічний панкреатит та рак підшлункової залози за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Лаборант, лабораторія, кров хворого, реактиви для визначення рівнів прямого білірубіну та лімфоцитів.
  10. Хронічний панкреатит та рак підшлункової залози.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
  14. Харківський національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53.
  15. Криворучко І.А., Гончарова Н.М. (0506181181), Тесленко М.М., Тесленко С.М., Свирєпо П.В., Тонкоглас О.А., Арсен'єв О.В.

### Реєстр. № 533/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРОМЕНЕВИМИ ВИРАЗКАМИ.**
2. НДР «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок з використанням мініінвазивних методик у пацієнтів на високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень», 0116U004991, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113357. МПК А61В 17/00. Спосіб лікування хворих з променевими виразками / Гоні С.-А.Т., Красносельський М.В., Криворучко І.А., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свирєпо П.В., Сикал М.О., Антонова М.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201607528; заявл. 11.07.2016; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Спосіб лікування хворих з променевими виразками включає формування повношарового клаптя з осьовим кровообігом з наступним закриттям дефекту після висікання патологічного субстрату. A method for treating patients with radial ulcers involves the formation of a full-bladed flap with axial blood flow followed by closing the defect after cutting the pathological substrate.
7. Спосіб лікування хворих з променевими виразками включає формування повношарового клаптя з осьовим кровообігом з наступним закриттям дефекту після висікання патологічного субстрату. Спочатку клапоть фіксують одиночними вузловими швами в області його вершини, при цьому по периферії накладають навідні шви, а тіло клаптя фіксують відтерміновано в післяопераційному періоді.
8. Медичні – загоєння променевих виразок. Соціальні – покращення якості життя у хворих з променевими виразками. Економічні – зниження затрат на лікування хворого.
9. Лікар-хірург, скальпель, розчин Новокаїну – 0,5%, шовний матеріал.
10. Хворі з променевими виразками.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». 61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 82.
15. Гоні С.-А. Т., Красносельський М.В., Криворучко І.А., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свирєпо П.В., Сикал М.О., Антонова М.С. Контактна особа: Гончарова Н.М. (0506181181).

### Реєстр. № 534/5/18



1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІЗНЬОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ВИРАЗКИ.**
2. НДР «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок з використанням мініінвазивних методик у пацієнтів на високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень», 0116U004991, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 113355. МПК А61В 17/00. Спосіб лікування хворих з променевими виразками / Гоні С-А. Т., Красносельський М.В., Криворучко І.А., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свірепо П.В., Сикал М.О., Антонова М.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201607525; заявл. 11.07.2016; опубл. 25.01.2017. Бюл. № 2.
6. Спосіб лікування пізньої променевої виразки включає двоетапну пластику тканинним клаптем з осьовим кровообігом шляхом формування повношарового клаптя з наступним його переміщенням на реципієнтне ложе після висікання патологічного субстрату та фіксацією вузловими швами. The method of treatment of late ulcer includes a two-stage plastic tissue scapular with axial blood flow by forming a full-fledged flap, followed by its movement on the recipient's bed after cutting the pathological substrate and fixing the nodules.
7. Спосіб лікування пізньої променевої виразки включає двоетапну пластику тканинним клаптем з осьовим кровообігом шляхом формування повношарового клаптя з наступним його переміщенням на реципієнтне ложе після висікання патологічного субстрату та фіксацією вузловими швами. Крім цього на першому етапі по периферичному краю сформованого клаптя виконують плазмотерапію шляхом введення багатої тромбоцитами плазми по 0,5 мл в точки по контуру клаптя в життєздатні тканини, кроком 0,7-1 см, на відстані близько 1,0 см від краю клаптя.
8. Медичні – загоєння пізніх променевих виразок. Соціальні – покращення якості життя у хворих з пізніми променевими виразками. Економічні – зниження затрат на лікування хворого.
9. Лікар-хірург, кров з ліктьової вени, розчин 3 % перекису водню, пробірки, центрифуга, гепарин, скальпель, розчин Новокаїну – 0,5%, шовний матеріал.
10. Хворі з пізніми променевими виразками.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». 61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 82.
15. Гоні С-А. Т., Красносельський М.В., Криворучко І.А., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свірепо П.В., Сикал М.О., Антонова М.С. Контактна особа: Гончарова Н.М. (0506181181).

#### **Реєстр. № 535/5/18**

1. **СПОСІБ СТИМУЛЯЦІЇ НЕОАНГІОГЕНЕЗУ ПРИ КРИТИЧНІЙ ШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМИ.**
2. НДР «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок з використанням мініінвазивних методик у пацієнтів на високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень», 0116U004991, 2016-2018 рр.
3. Хірургія.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 111896. МПК А61В 17/00. Спосіб стимуляції неоангіогенезу при критичній ішемії нижніх кінцівок за допомогою збагаченої тромбоцитами аутоплазми / Криворучко І.А., Прасол В.О., Зюсько С.Н., Гоні С.-К. Т., Антонова М.С., Сикал М.О., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свірепо П.В., Кірієнко Д.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201605206; заявл. 13.05.2016; опубл.25.11.2016. Бюл. № 22.
6. Спосіб стимуляції неоангіогенезу в лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок людини включає залучення додатково до основної програми лікування введення збагаченої тромбоцитами аутоплазми в кількості 5 млн. та більше тромбоцитів у об'ємі 10-12 мл у литковий м'яз ураженої гомілки з обов'язковим контролем запобігання пункції судин. A method for stimulating neo-angiogenesis in the treatment of critical ischemia of the human lower limbs involves the addition, in addition to the main program for the treatment of the introduction of plasma-enriched platelets in the amount of 5 million and more platelets in a volume of 10 to 12 ml in the calf muscle of the affected leg, with mandatory control of prevention puncture of vessels.
7. Спосіб стимуляції неоангіогенезу в лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок людини включає залучення додатково до основної програми лікування введення збагаченої тромбоцитами аутоплазми в кількості 5 млн. та більше тромбоцитів у об'ємі 10-12 мл в латеральну та медіальну голівки литкового м'язу ураженої гомілки за одну процедуру на максимальну глибину з обов'язковим контролем запобігання пункції судини.
8. Медичні – попередження подальшого розвитку ішемії нижніх кінцівок та подальшої ампутації нижньої кінцівки. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ішемію нижніх кінцівок, попередження ампутації кінцівки на різних рівнях та інвалідизації хворого. Економічні – збереження державних коштів, які виплачуються хворим за інвалідністю (на 1 хворого – 1360 грн./міс., тобто за рік – 16320 грн.).
9. Лікар, центрифуга, кров хворого, шприц, 70 % спирт.
10. Хворі з критичною ішемією нижніх кінцівок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». 61018, м. Харків, пров. Балакірева, 1; Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф». 61022, м. Харків, просп. Незалежності, 13.
15. Криворучко І.А., Прасол В.О., Зюсько С.Н., Гоні С.-К. Т., Антонова М.С., Сикал М.О., Сивожелізов А.В., Тонкоглас О.А., Свірепо П.В., Кірієнко Д.О. Контактна особа: Гончарова Н.М. (0506181181).

#### Реєстр. № 536/5/18

1. **СПОСІБ СТИМУЛЯЦІЇ НЕОАНГІОГЕНЕЗУ В ЛІКУВАННІ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок з використанням мініінвазивних методик у пацієнтів на високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень», 0116U004991, 2016-2018 pp.
3. Хірургія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 111490. МПК А61В 17/00, А61К 35/14, А61Р 9/10. Спосіб стимуляції неоангіогенезу в лікуванні ішемії кінцівок людини /Криворучко І.А., Гоні С.-К. Т., Балач О.О., Антонова М.С., Сикал М.О., Сивожелізов А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201605203; заявл. 13.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Спосіб стимуляції неоангіогенезу в лікуванні ішемії кінцівок людини включає застосування збагаченої тромбоцитами плазми, отриманої шляхом центрифугування аутокрові при температурі 24-30 °С в присутності гепарину з розрахунком 100 Од на 10 мл крові із швидкістю 1000 об/хв упродовж 3 хв. A method for stimulating neoangiogenesis in treating ischemia of human limbs involves the use of plasma-enriched plate obtained by centrifuging autocrine at a temperature of 24-30 °C in the presence of heparin at a rate of 100 OD per 10 ml of blood at a rate of 1,000 revolutions per minute for 3 minutes.
7. Спосіб стимуляції неоангіогенезу в лікуванні ішемії кінцівок людини включає застосування збагаченої тромбоцитами плазми. Для стимуляції неоангіогенезу в лікуванні ішемії кінцівок людини збагачену тромбоцитами плазму отримують шляхом центрифугування. Верхній шар плазми з тромбоцитами відбирають з пробірки шприцом та вводять в литковий м'яз гомілки хворого після триразової її обробки 70 % спиртом: у латеральну голівку литкового м'яза у три точки – у верхню, середню та нижню третини, у медіальну голівку литкового м'яза у дві точки – у верхню та нижню частини, при цьому 2 мл збагаченої тромбоцитами плазми відправляють на контроль.
8. Медичні – попередження подальшого розвитку ішемії нижніх кінцівок та подальшої ампутації нижньої кінцівки. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ішемію нижніх кінцівок, попередження ампутації кінцівки та інвалідизації хворого. Економічні – збереження державних коштів, які виплачуються хворим за інвалідністю (на 1 хворого – 1360 грн./міс., тобто за рік – 16320 грн.).
9. Лікар, центрифуга, кров хворого, гепарин, шприц, 70 % спирт.
10. Хворі з ішемією нижніх кінцівок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». 61018, м. Харків, пров. Балакірева, 1.
15. Криворучко І.А., Гоні С.-К. Т., Балач О.О., Антонова М.С., Сикал М.О., Сивожелізов А.В. Контактна особа: Гончарова Н.М. (0506181181).

#### Реєстр. № 537/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 100586. МПК G01N 33/49. Спосіб прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту / Криворучко І.А., Бойко В.В., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Свирєпо П.В., Тесленко М.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201502998; заявл. 31.03.2015; опубл. 27.07.2015. Бюл. № 14.

6. Спосіб прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту включає оцінку параметрів крові. Для прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту за добу до операції в пробі крові визначають рівні інтерлейкіну-10 (ІІ-10), інтерлейкіну-18 (ІІ-18), глутатіонпероксидази-1 (ГПО-1) та малонового діальдегіду (МДА), вказані виміри повторюють після операції через 48 годин та через 72 години на тлі інтенсивної терапії панкреатиту з наступним розрахунком коефіцієнта токсемії (КТ). A method for predicting the complicated course of postoperative pancreatitis includes the evaluation of blood parameters. For prediction of the complicated course of postoperative pancreatitis, one day before the operation in a blood sample, the levels of interleukin-10 (IL-10), interleukin-18 (IL-18), glutathione peroxidase-1 (GPO-1) and malonic dialdehyde (MDA) repeat after the operation after 48 hours and 72 hours against the background of intensive therapy of pancreatitis with the subsequent calculation of the coefficient of toxemia (CT).
7. Спосіб прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту включає оцінку параметрів крові. Для прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту за добу до операції в пробі крові визначають рівні інтерлейкіну-10 (ІІ-10), інтерлейкіну-18 (ІІ-18), глутатіонпероксидази-1 (ГПО-1) та малонового діальдегіду (МДА), вказані виміри повторюють після операції через 48 годин та через 72 години на тлі інтенсивної терапії панкреатиту з наступним розрахунком коефіцієнта токсемії (КТ) за формулою:  $КТ = (\delta \text{ ІІ-18} / \delta \text{ ІІ-10} \times \delta \text{ ІІ-18}) / (\delta \text{ ГПО-1} \times \delta \text{ МДА})$ , та при збільшенні КТ на 30 % в порівнянні до попередніх розрахунків прогнозують ускладнений перебіг післяопераційного панкреатиту.
8. Медичні – прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту. Соціальні – покращення якості життя у хворих панкреатит. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на панкреатит за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Лаборант, лабораторія, кров хворого, реактиви для визначення рівнів ІІ-18, ІІ-10, ГПО-1, МДА.
10. Ускладнений перебіг післяопераційного панкреатиту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Бойко В.В., Гончарова Н.М. (0506181181), Тесленко С.М., Свирєпо П.В., Тесленко М.М.

#### Реєстр. № 538/5/18

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПІОПНЕВМОТОРАКСОМ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 88456. МПК G01N 33/00. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих з піопневмотораксом / Бойко В.В., Лопатенко Д.Е.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201313665; заявл. 25.11.2013; опубл. 11.03.2014. Бюл. № 5.
6. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих з піопневмотораксом включає рентгенологічні, ультразвукові, бактеріологічні й біохімічні дослідження біологічної рідини з додатковим моніторингом концентрації цитокіну ІІ-6 у крові. А

method for evaluating the efficacy of treatment in patients with pyopneumothoracsis includes X-ray, ultrasound, bacteriological and biochemical studies of biological fluid, with additional monitoring of the concentration of cytokine IL-6 in the blood.

7. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих з піопневмотораксом включає рентгенологічні, ультразвукові, бактеріологічні й біохімічні дослідження біологічної рідини. Хворому додатково протягом семи діб після лікування монітують концентрацію цитокіну ІІ-6 у крові і при достовірному зниженні її референтного значення в порівнянні з показниками цього цитокіну в першу добу після оперативного втручання, лікування оцінюють як ефективне.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих з піопневмотораксом. Соціальні – покращення якості життя у хворих з піопневмотораксом. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого з піопневмотораксом за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Операційна, лікар-хірург, лаборант, кров хворого, реактиви для визначення рівня ІІ-6 у крові.
10. Піопневмоторакс.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Лопатенко Д.Е. (0997380976).

#### **Реєстр. № 539/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПІОПНЕВМОТОРАКСОМ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 96788. МПК А61В 17/00. Спосіб лікування хворих з піопневмотораксом / Бойко В.В., Лопатенко Д.Е.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u2014211135; заявл. 13.10.2014; опубл. 10.02.2015. Бюл. № 3.
6. Спосіб лікування хворих з піопневмотораксом включає використання санаційної відеоторакоскопії з додатковими інтраопераційним дренажуванням устя нориці і інтрабронхіальною блокацією бронха, що несе норицю. A method for treating patients with pyopneumothoracsis involves the use of rehabilitation videothoracoscopy with additional intraoperative drainage of the mouth of the fistula and intraabronchial blockade of the bronchus bearing the fistula.
7. Спосіб лікування хворих з піопневмотораксом включає використання санаційної відеоторакоскопії з додатковими інтраопераційним дренажуванням устя нориці і інтрабронхіальною блокацією бронха, що несе норицю.
8. Медичні – підвищення ефективності лікування хворих з піопневмотораксом. Соціальні – покращення якості життя у хворих з піопневмотораксом. Економічні – скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого з піопневмотораксом за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Операційна, лікар-хірург, дренаж, відеоторакоскоп.
10. Піопневмоторакс.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

14. Немає.
15. Бойко В.В., Лопатенко Д.Е. (0997380976).

#### Реєстр. № 540/5/18

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРОТИМІКРОБНИМИ ЗАСОБАМИ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування дітей з гнійно-запальними захворюваннями на основі врахування біоритмічних властивостей мікроорганізмів та особливостей імунної відповіді», 0115U000990, 2015-2017 рр.
3. Дитяча хірургія.
4. 2++,В.
5. Патент України на винахід № 116487. МПК А61К 45/06, А61Р 31/04. Спосіб лікування гнійно-запальних процесів протимікробними засобами / Давиденко В.Б., Пащенко Ю.В., Мішина М.М., М'ясоєдов В.В., Штикер С.Ю., Маланчук С.Г., Давиденко Н.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № а201605871; заявл. 31.05.2016; опубл. 26.03.2018. Бюл. № 6.
6. Спосіб лікування гнійно-запальних процесів протимікробними засобами. The treatment method of pyoinflammatory processes with antimicrobial agents.
7. Патогенні мікроорганізми, збудники гнійно-запальних процесів, створюють багатофакторну лікарську стійкість, зокрема використовуючи свої циркадні ритми. Спосіб лікування гнійно-запальних процесів протимікробними засобами відрізняється тим, що їх призначають протягом доби з таким розрахунком, щоб максимальна концентрація препаратів у плазмі крові хворого співпадала в часі з мінімальною продукцією мікроорганізмами факторів агресії, коли проявляється максимальна їхня чутливість до протимікробних засобів, а саме о 6<sup>00</sup> та о 18<sup>00</sup>. годинах, з добовою дозою протимікробних засобів за інструкцією до препарату.
8. Медичні – підвищення ефективності протимікробної терапії без підвищення доз та зміни протимікробних засобів. Соціальні – покращення якості життя хворих. Економічні – зменшення фінансових витрат на лікування гнійно-запальних процесів.
9. Протимікробні засоби.
10. Гнійно-запальні хірургічні захворювання у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Давиденко В.Б. (0503255573), Пащенко Ю.В., Мішина М.М., М'ясоєдов В.В., Штикер С.Ю., Давиденко Н.В., Маланчук С.Г.

#### ХІРУРГІЯ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

#### Реєстр. № 541/5/18

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.**
2. НДР «Сучасні методи діагностики, диференційної діагностики та хірургічного лікування міксом серця», 0117U002586, 2017-2019 рр.
3. Хірургія серця та магістральних судин.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123278. МПК (2018.01) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пухлин лівого шлуночка / Вітовський Р.М., Ісаєнко В.В.,

- Оніщенко В.Ф., Піщурін О.А., Дядюн Д.М., Руснак А.О.; заявник і патентовласник Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України». – № u201707430; заявл. 13.07.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
  7. За допомогою відеокамер виконано освітлення пухлини та її основи (враховуючи дефіцит простору між папілярними м'язами, небезпеку травматизації клапанів). Доступ через аорту: основу пухлини висікли, використавши ножиці набору для мініінвазивної хірургії (використовуючи їх мінімальну товщину).
  8. Розроблено і впроваджено в клінічну практику алгоритм методів профілактики рецидивів пухлин серця, що дозволив зменшити частоту даного ускладнення до 4,3%, що в 2,5 разів нижча даних відомих зарубіжних досліджень.
  9. Кадровий склад та обладнання (операційне: інструменти набору для мініінвазивної хірургії та відповідні відеокамери, реанімаційне, лабораторне) кардіохірургічного відділення.
  10. Пацієнти з пухлинами серця.
  11. Усі інші категорії кардіохірургічних хворих без пухлин серця.
  12. Основне можливе ускладнення при хірургічному лікуванні пухлин серця – рецидив даного захворювання; шлях до запобігання такого ускладнення – послідовна ревізія всіх камер серця.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України».
  15. Вітовський Р.М., Ісаєнко В.В., Оніщенко В.Ф., Піщурін О.А., Дядюн Д.М., Руснак А.О.

#### **Реєстр. № 542/5/18**

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТЕНОЗУ БІФУРКАЦІЇ ТА ГІЛОК ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.**
2. НДР «Повторні хірургічні втручання у пацієнтів з вродженими вадами серця і магістральних судин», 0118U001158, 2018-2022 рр.
3. Серцево-судинна хірургія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 114997. МПК А61В 17/22 (2006.01), А61F 2/06 (2013.01), В01D 71/36 (2006.01). Спосіб хірургічної корекції стенозу біфуркації та гілок легеневої артерії / Сегал Є.В., Серденко Б.Б., Дзюрман Д.О. – № u201611147; заявл. 07.11.2016; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Виконується даний спосіб пластики легеневої артерії як при первинних, так і при повторних втручаннях. Пластика біфуркації легеневої артерії є як правило однією із складових комплексної корекції обструкції вихідного тракту правого шлуночка або складної вродженої вади серця. Основні етапи виконання даної методики не відрізняються від стандартної методики. Виконується серединна стернотомія або рестернотомія у разі повторної операції за загальноприйнятими методиками. Виконують стандартне підключення до апарату штучного кровообігу. Мобілізують стовбур та проксимальні відділи гілок легеневої артерії. Пластику біфуркації та стовбура легеневої артерії можна виконувати як з повною зупинкою серця, так і на паралельній перфузії. Стівбур легеневої артерії розсікають у повздовжньому напрямку, якщо є потреба розсікають дистальний відділ вихідного тракту правого шлуночка (для пластики вихідного тракту правого шлуночка, реопераційкондуїта,

- протезування легеневого клапану). Виконується поздовжній розріз по верхній поверхні біфуркації легеневої артерії з переходом на проксимальні відділи лівої та правої гілок легеневої артерії. Далі вимірюють відстань між краєм розрізу на правій та лівій легеневій артерії (місце більшої основи трапециподібної заплати) та відстань від середини цієї лінії до розрізу на проксимальній частині стовбура легеневої артерії (висота трапеції). За вимірними розмірами вирізається заплата з PTFE та нашивається більшою основою до гілок та меншою основою до проксимального відділу стовбура легеневої артерії. Операція завершується у стандартний спосіб.
8. Такий спосіб пластики призводить до зменшення ризику рестенозів і зниження кількості повторних втручань у подальшому.
  9. Лікар-хірург серцево-судинний, лікар-кардіолог, лікар-анестезіолог, операційна сестра, операційна із стандартним набором інструментарію для проведення кардіохірургічних втручань.
  10. Стенози біфуркації та гілок легеневої артерії
  11. Не виявлено.
  12. Не виявлено.
  13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
  14. ДУ «Науково-практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 04050, м. Київ, вул. Мельникова, 24.
  15. Руденко Н.М., Романюк О.М., Сегал Є.В., Серденко Б.Б., Доронін О.В., Лебідь Є.І., Дзюрман Д.О., Артеменко Є.О.

#### Реєстр. № 543/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та удосконалення надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги підліткам та дорослим з обструктивними вродженими вадами правих відділів серця», 0116U000197, 2016-2018 рр.
3. Серцево-судинна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 112844. МПК А61В 5/02 (2006.01). Спосіб визначення фізичної працездатності у дорослих з вродженими вадами серця / Лебідь І.Г., Разінкіна А.О., Климишин Ю.І., Позняк Ю.В., Стогова О.В., Ханенова В.А., Руденко Н.М. – № u201608045; заявл. 20.07.2016; опубл. 26.12.2016. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Вроджена вада серця (ВВС) є актуальною проблемою в сучасній медицині, оскільки не існує єдиного протоколу ведення таких пацієнтів. Ступінь компенсації серцевої діяльності у пацієнтів з ВВС у спокої не завжди дозволяє виявити приховані зміни і прогресування серцевої недостатності (СН). Дослідження з дозованим фізичним навантаженням є високоінформативним методом об'єктивізації таких проблем. Тест оцінки фізичної працездатності (PWC<sub>170</sub>) є стандартизованим способом оцінки толерантності до фізичного навантаження. Даних по результатам тестування з навантаженням у дорослих з ВВС в Україні недостатньо, що створює необхідність в стандартизації оцінки отриманих показників, чіткому методичному виконанні запропонованих тестів навантажень у пацієнтів у віці 18 років і старше з діагнозом ВВС або станом після перенесеної кардіохірургічної корекції. Мета винаходу удосконалити визначення толерантності до фізичного навантаження з комбінованим використанням тест PWC<sub>170</sub> та шести хвилинної ходи і відобразити алгоритм виконання його у дорослих з ВВС. В основу винаходу покладено розрахунок



навантаження, що виконує пацієнт, при якому ЧСС досягне 170 уд/хв. Доведено, що взаємовідношення між ЧСС і потужністю навантаження має лінійний характер, що дозволяє сформувати лінійну екстраполяцію при розрахунку  $PWC_{170}$  з використанням двох менш виражених навантажень. Між потужністю навантаження і ЧСС лінійна залежність зберігається у молодих людей в діапазоні 170 уд/хв, а при перевищенні цього порогу ця залежність втрачається. Розрахунок  $PWC_{170}$  виконують по формулі  $PWC_{170} = W1 + (W2 - W1) \times (F2 - f1) / (f2 - f1)$ , де  $W1$  і  $W2$  – потужність навантаження, виконана на етапі 1 і 2 (відповідно),  $f1$  і  $f2$  – ЧСС в кінці навантаження етапів 1 і 2 (відповідно),  $F$  – ЧСС, складова 87% максимальної ЧСС. Потужність навантаження підбирається індивідуально з урахуванням спеціальної формули  $W = p - h - n - 1,33$ , (4), де  $W$  – потужність,  $кг \cdot м / хв.$ ;  $p$  – маса тіла,  $кг$ ;  $h$  – висота сходинок,  $м$ ;  $n$  – кількість підйомів в хвилину;  $1,33$  – коефіцієнт, що дозволяє враховувати роботу, виконану при спуску зі сходинок. Фізичне навантаження на етапі 1 ( $W1$ ) складається з розрахунку  $1$  Вт/кг маси пацієнта, на етапі 2 ( $W2$ ) –  $1,5$  Вт/кг ( $1Вт = 6$   $кг \cdot м / хв.$ ). Для виконання розрахункового навантаження проводиться обчислення кількості підйомів на сходинок в хвилину ( $n = W / p - h - 1,33$ ). Спосіб здійснюють наступним чином. Пацієнту у спокої до навантаження фіксуються початкові показники ЧСС і АТ на верхній кінцівці. Далі пацієнт впродовж 3-х хвилин виконує навантаження 1-го етапу. Одразу після закінчення навантаження оцінюють пульс і АТ. Ці показники оцінюють в динаміці до відновлення початкових величин. Далі виконується навантаження 2-го етапу протягом 3-х хвилин з заданою частотою підйомів в хвилину. Після закінчення навантаження реєструються ті ж показники. Бальна оцінка фізичної працездатності відповідає п'яти ступеням: 1 – низька, 2 – нижче середнього, 3 – середня, 4 – вище середнього, 5 – висока. Тест  $PWC_{170}$  дозволяє розрахувати МСК з використанням формули  $МСК = 1,7 \cdot PWC_{170} + 1240$ . Отримані абсолютні значення МСК необхідно перевести у відносні до ваги пацієнта. Додатково виконувався тест шести хвилинної ходи за стандартною методикою з виміром ЧСС та АТ на верхній кінцівці до та після навантаження.

8. Спосіб є простим, економічно обґрунтованим, доступним для практичних лікарів і може бути широко впровадженим в сучасних кардіологічних та кардіохірургічних центрах. Медична ефективність: покращення ведення дорослих із ВВС, як наслідок – результатів їх хірургічного лікування; зменшення доопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та збільшення тривалості життя таких хворих за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти доопераційних ускладнень, в тому числі – ятрогенних. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на госпіталізацію та перебування під спостереженням підлітків та дорослих із обструктивними вродженими вадами правих відділів серця, оптимізації їх диспансерного ведення.
9. Спеціаліст кардіолог, степ-пристрій, метроном, тонометр.
10. Удосконалення визначення толерантності до фізичного навантаження з комбінованим використанням тест  $PWC_{170}$  та шести хвилинної ходи і відобразити алгоритм виконання його у дорослих з ВВС.
11. Підлітки та дорослі із обструктивними вродженими вадами правих відділів серця
12. При оцінці фізичної працездатності у таких пацієнтів важливо розрахувати показник максимального споживання кисню, який характеризує фізичну аеробну працездатність людини як об'єктивний критерій оцінки дієздатності людини, загального стану, тяжкості захворювання.
13. ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 01135, м. Київ, вул. Чорновола, 28/1, тел. (044) 284-03-11.
14. Немає.

15. Лебідь І.Г. (0442840311), Руденко Н.М. (0442065024).

**Реєстр. № 544/5/18**

1. **СПОСІБ РАДІОЧАСТОТНОЇ КАТЕТЕРНОЇ ДЕСТРУКЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.**
2. НДР «Інноваційна методика радіочастотної катетерної деструкції при фібриляції передсердь», 0116U000199, 2016-2018 рр.
3. Серцево-судинна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 110495. МПК А61В 18/14 (2006.01). Спосіб радіочастотної катетерної деструкції фібриляції передсердь / Доронін О.В., Мешкова М.С., Марушко Є.Ю., Ємець І.М.; заявник і патентовласник ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». – № u201604071; заявл. 14.04.2016; опубл. 10.10.2016. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Фібриляція передсердь – одна з найбільш частих форм аритмій. Радіочастотна катетерна деструкція дозволяє усунути дану аритмію після проведення однієї процедури у 50-64 % випадків. Частота тромбоемболічних ускладнень при катетерній деструкції фібриляції передсердь складає 0,28-1,09 %. Однією з причин їх виникнення є обвуглювання деструкційного електрода. Відомий спосіб запобігання обвуглюванню деструкційного електрода при катетерній деструкції фібриляції передсердь, який включає охолодження деструкційного електрода фізіологічним розчином, який подається по каналах деструкційного катетера, наприклад, Thermocool, Biosense-Webster. Недоліками відомого способу є необхідність застосування більш дорогого обладнання – охолоджуваного електрода та обладнання для прокачування фізіологічного розчину. В основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб радіочастотної катетерної деструкції фібриляції передсердь, який би дозволив зменшити вартість катетерної деструкції фібриляції передсердь при збереженні або підвищенні її безпечності. Задача корисної моделі вирішується тим, що спосіб радіочастотної катетерної деструкції фібриляції передсердь, згідно з корисною моделлю, для проведення катетерної деструкції фібриляції передсердь застосовують звичайні деструкційні електроди, які після проведення кожних двадцяти радіочастотних аплікацій виймають з інтродюсера та протирають серветкою, змоченою фізіологічним розчином. За рахунок протирання серветкою, змоченою фізіологічним розчином звичайних деструкційних електродів з метою видалення початкових елементів обвуглювання, на яких в подальшому можуть утворюватися великі елементи обвуглювання, що може стати субстратом тромбоемболії – відбувається запобігання утворенню матеріального субстрату для тромбоемболії. Спосіб відтворюється наступним чином: Для катетерної деструкції фібриляції передсердь застосовується звичайний деструкційний електрод (довжина дистального електрода 4 мм), який після проведення кожних двадцяти радіочастотних аплікацій виймається з інтродюсера та протирається серветкою, змоченою фізіологічним розчином з метою видалення потенційних елементів обвуглювання на початковій стадії процесу виникнення матеріального субстрату емболії. При нанесенні аплікації температура електрода становила: найменша 48°C, найбільша 45-55°C. Цільова температура 55°C. Тривалість однієї аплікації 40 сек. Середня тривалість процедури 2,3±1,1 год.
8. Медична ефективність: покращення результатів катетерного лікування хворих на фібриляцію передсердь без використання навігаційних систем і охолоджуючих електродів. Соціальний ефект: покращання якості життя, зниження інвалідності та смертності. Економічний ефект: катетерне лікування фібриляції передсердь без

використання навігаційних систем і охолоджуючих електродів дозволить значно зменшити вартість процедури при збереженні її ефективності та безпеки, що значно покращить економічний профіль даної методики.

9. Спеціаліст аритмолог, деструкційні електроди, інтродюсер, серветки змочені фізіологічним розчином.
10. Катетерна деструкція симптоматичної пароксизмальної фібриляції передсердь актуальна для пацієнтів, у яких відмічаються напади на тлі антиаритмічної терапії та які прагнуть контролю ритму (Клас рекомендацій І рівень доказів А).
11. Не виявлено.
12. ТромбоеMBOLічних ускладнень пов'язаних з проведенням процедури не спостерігалось.
13. ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 01135, Україна, м. Київ, вул. Чорновола, 28/1, тел. (044) 284-03-11, вул. Мельникова, 24, тел. (044) 206-50-10.
14. Немає.
15. Доронін О.В., Мешкова М.С., Марушко Є.Ю. (0995036542), Ємець І.М.

## **МОРФОЛОГІЯ ЛЮДИНИ**

### **Реєстр. № 545/5/18**

1. **СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МАЛИХ СЛИННИХ (ГУБНИХ ТА ПІДНЕБІННИХ) ЗАЛОЗ ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Вікові аспекти структурної організації органів імунної системи, залоз шлунково-кишкового тракту та сечостатевої системи людини в нормі і патології», 0116U004192, 2016-2020 рр.
3. Анатомія, гістологія.
4. 2+;С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 116621. МПК А61В 1/24, G01N 1/28, G01N 21/01. Спосіб морфологічного дослідження малих слинних (губних та піднебінних) залоз людини / Шерстюк О.О., Дейнега Т.Ф., Свінцицька Н.Л., Гринь В.Г., Устенко Р.Л., Пілюгін А.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201613126; заявл. 22.12. 2016; опубл. 25.05. 2017. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Спосіб морфологічного дослідження малих слинних (губних та піднебінних) залоз людини, який передбачає використання методу пластичної воскової реконструкції, досягти отримання пластичної моделі кінцевих відділів та проток малих слинних залоз людини, що дозволить провести стереологічний аналіз епітеліальних комплексів малих слинних залоз в сукупності з ланцюгами гемомікроциркуляторного русла. Поставлена задача вирішується шляхом фіксації отриманих препаратів малих слинних залоз в 4% розчині глутаральдегіду та в чотириокису осмію, подальшого поміщення їх в Епон-812, фарбування серійних напівтонких зрізів 0,1% розчином толуїдинового синього на фосфатному буфері, макрофотографування виділених контурів досліджуваних структур, отримання фотореконструкцій, який відрізняється поміщенням маркером додаткових координат на одержаних фотореконструкціях з подальшою вірною послідовною укладкою заготовок на воскових пластинах для створення максимально точного тривимірного каркасу первинної моделі кінцевих відділів та проток малих слинних (губних і піднебінних) залоз.

8. Медичні: дозволяє отримати збільшену реконструкцію кінцевих відділів та проток малих слинних (губних та піднебінних) залоз, яку можна вивчати з різних боків, отримуючи вичерпне уявлення про форму та розміри, а також дозволяє вивчити внутрішній рельєф залоз, геометрію просвіту епітеліальних вивідних протоків залоз, визначити зміни товщини стінки, одержати наочне уявлення про мікротопографічні взаємовідносини різноманітних ланок кровоносного мікроциркуляторного русла з епітеліальними екскреторними протоками малих слинних залоз. Соціальні: отримання максимально точного тривимірного каркаса первинної моделі в результаті укладки серії воскових пластин-шаблонів. Економічні: удосконалення способу морфологічного дослідження малих слинних залоз людини шляхом отримання серійних напівтонких зрізів та фотореконструкцій з поміченням маркером додаткових координат на одержаних фотореконструкціях з подальшою вірною послідовною укладкою заготівок на воскових пластинах.
9. Епоксидна смола «Епон 812», 4% розчин глутаральдегіду, чотириокис осмію, 0,1% розчин толуїдинового синього на фосфатному буфері, «Віск базисний 02», тканинний об'єкт.
10. Для створення способу морфологічного дослідження малих слинних (губних та піднебінних) залоз людини.
11. Немає.
12. Вірна послідовна укладка заготівок на воскових пластинах для створення максимально точного тривимірного каркасу первинної моделі кінцевих відділів та проток малих слинних (губних і піднебінних) залоз.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шерстюк О.О., Пілюгін А.В., Гринь В.Г. (0668126497), Свінцицька Н.Л., Устенко Р.Л., Каценко А.Л., Федорченко І.Л.

## **НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 546/5/18**

1. **МЕТОД ОЦІНКИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ТА МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ПАРАМЕТРІВ ВІБРАЦІЇ.**
2. НДР «Дослідження ролі системних та паракринних регуляторних механізмів у забезпеченні гомеостатування функціонально-метаболических параметрів організму за умов адаптації до дії екстремальних чинників різної природи», 0116U004510, 2016-2020 рр.
3. Нормальна та патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено в експериментальні дослідження, навчальний процес у вищих навчальних медичних закладах.
7. Експериментальні тварини (30 статевозрілих щурів самців) чотирьох дослідних груп піддавалися впливу вертикальних вібраційних коливань частотою 15, 25, 50 та 75 Гц з використанням вібраційного насосу 2 рази на день по 20 хв., 5 днів на тиждень протягом 28-ми днів. Для оцінки кісткового метаболізму у венозній крові піддослідних щурів визначали рівень остеокальцину. В пробірки з гелевою фазою поміщали по 3 мл крові і отриману плазму аналізували імунохімічним методом з хемілюмінесцентною детекцією. Дослідження мінеральної щільності кісткової

тканини трабекулярного шару поперекових хребців (L<sub>1</sub> –L<sub>6</sub>) проводили методом комп'ютерної томографії. У всіх групах спостереження прослідковувалась залежність між силою вібраційного подразника та рівнем порушення метаболізму кісткової тканини. При експериментальному дослідженні тварин шляхом комп'ютерної денситометрії спостерігалось зниження щільності трабекулярного шару поперекових хребців до 260,0±4, 89 мг/см<sup>3</sup>. Спостерігалась зворотня залежність між впливом рівня частоти вібрації і щільності кісткової тканини. Встановлено, що зі збільшенням рівня віброприскорення >0,51 g зростає швидкість метаболізму кісткової тканини, прискорюються процеси катаболізму колагену та втрати кальцію, що ведуть в подальшому до виникнення остеопорозу.

8. Інноваційними є чутливі доклінічні тести, які використовуються для своєчасного раннього діагностування структурно-функціональних порушень кісткової тканини за умов дії вібрації, як ушкоджуючого фактора.
9. Пробірки з гелевою фазою, комп'ютерна томографія, комп'ютерна денситометрія, експериментальні тварини.
10. Експериментальні дослідження мінеральної щільності та метаболізму кісткової тканини за умов впливу вібрації різної частоти.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
14. Немає.
15. Гжегоцький М.Р., Костишин Н.М. (0674186220).

#### Реєстр. №547/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПІДВИЩЕНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ.**
2. НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-κB-опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення, у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу», 0111U001774, 2011-2013 рр.; «Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням», 0114U000784, 2014-2016 рр.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 107036. МПК G01N 33/00 (2006.01). Спосіб прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння / Весніна Л.Е., Шевченко Ю.С., Мамонтова Т.В., Баранова А.Ф., Кайдашев І.П.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201506534; заявл. 03.07.2015; опубл. 25.05.2016. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння включає оцінку у сироватці крові, яку беруть натщесерце, показників інсулінорезистентності і системного запалення. Оцінюють вуглеводний обмін за концентрацією глюкози та інсуліну, розраховують індекс інсулінорезистентності НОМА-IR. Наявність хронічного системного запалення визначають за рівнем церулоплазмину. Рівень нейропептида Агоуті-пов'язаного протеїну - AgRP в сироватці крові досліджують імуноферментним методом. За наявності ознак інсулінорезистентності за індексом НОМА-IR, системного запалення за підвищенням рівня церулоплазмину та збільшення рівня AgRP вище 9,79 пг/мл у досліджуваних прогнозують розвиток підвищення маси тіла та ожиріння.

8. Можливість прогнозування розвитку підвищеної маси тіла та ожиріння на етапі початкових змін метаболізму та регуляторних систем, що контролюють енергетичний обмін та харчову поведінку, що забезпечить розробку та проведення системних заходів профілактики, що включають обмеження надходження енергії та підвищення фізичної активності.
9. Мікропланшетний імуоферментний аналізатор «StatFax 303+», набори тест-систем та реагентів для біохімічного та імуоферментного визначення показників.
10. Особи з нормальною та підвищеною масою тіла.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Весніна Л.Е. (0505637776), Шевченко Ю.С., Мамонтова Т.В., Баранова А.Ф., Кайдашев І.П.

### Реєстр. № 548/5/18

1. **СПОСІБ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОЇ ДЕТЕКЦІЇ ПЕПТИДНИХ КОМПЛЕКСІВ НА ПАРАФІНОВИХ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗРІЗАХ ТКАНИН.**
2. НДР «Комплексне дослідження патогенетичної ролі субпопуляцій М1 та М2 макрофагів в розвитку хронічного обструктивного захворювання легень для розробки та обґрунтування персоналізованої терапії з врахуванням маси тіла», 0117U005252, 2017-2019 рр.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 111230. МПК G01N 33/53 (2006.01), G01N 1/06 (2006.01). Спосіб імуногістохімічної детекції пептидних комплексів на парафінових гістологічних зрізах / Мамонтова Т.В, Кайдашев І.П., Весніна Л.Е., Гординська І.Л., Боброва Н.О.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201603217; заявл. 28.03.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Спосіб імуногістохімічної детекції пептидних комплексів на парафінових гістологічних зрізах тканин включає відбір тканинного матеріалу, фіксацію у формаліні, регідратацію гістологічних зрізів і видалення із них залишків парафіну, демаскування антигену, блокування ендогенної пероксидази і потім неспецифічної сорбції імуноглобулінів, обробку гістологічних зрізів первинними та вторинними антитілами проявлення пероксидазної активності з 3-аміно-9-етилкарбазолом (ЕАК), фарбування, візуалізацію та оцінку локації пептидних комплексів в тканинах за наявністю специфічного забарвлення продукту реакції.
8. Можливість підвищення ступеня ефективності імуногістохімічної діагностики визначення антигенних детермінант пептидних комплексів на парафінових гістологічних зрізах тканин за рахунок підбору концентрації фіксатора та часу фіксації тканин, застосування технології мікрохвильової обробки для відновлення антигенної специфічності пептидних комплексів. Застосування даного методу може сприяти уточненню клітинної та тканинної локалізації і розкриттю ролі пептидних комплексів в імунних механізмах патогенезу ряду захворювань.
9. Світлооптичний мікроскоп Leica DM500.
10. Імуногістохімічна детекція антигенних детермінант пептидних комплексів на парафінових гістологічних зрізах.
11. Не виявлено.

12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Мамонтова Т.В. (0506767258), Кайдашев І.П., Весніна Л.Е.

#### Реєстр. № 549/5/18

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ В НИРКАХ ТА ЛЕГЕНЯХ ПРИ ТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ.**
2. НДР «Загальні закономірності патологічних змін при експериментальній опіковій хворобі та розробка способів її корекції».
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 120039. МПК А61В 5/145, А61К 31/00, А61Р 39/06, А61К 3/00. Спосіб корекції метаболічного ацидозу у нирках та легенях при термічній травмі / Нетюхайло Л.Г., Басараб Я.О., Сухомлин Т.А., Бондаренко В.В., Харченко С.В., Іщейкіна Л.К.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». – № u201702543; заявл. 20.03.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Використання способу включає вивчення вмісту лактату, пірувату та співвідношення лактат/піруват у нирках та легенях щурів на різних стадіях експериментальної опікової хвороби, до та після корекції ліпіном. Опікова хвороба супроводжується підвищенням рівня лактату і зниженням рівня пірувату, що вказує на розвиток метаболічного ацидозу. Зменшення лактоацидозу в тканинах легень та зростання рівня пірувату буде свідчити про позитивний вплив ліпіну на вуглеводний та енергетичний обмін. Отже, суть нововведення полягає у застосуванні ліпіну для зниження ступеню метаболічного ацидозу при термічній травмі.
8. На відміну від відомого прототипу, при якому не відбувається корекції порушення енергетичного обміну в нирках та легенях при термічній травмі, при користуванні запропонованим способом відмічено, що застосування ліпіну призводить до зменшення метаболічного ацидозу в тканинах.
9. Дослідження проведено на білих щурах-самцях. Тварини були поділені на дві групи: щури, яким внутрішньоочеревинно вводили воду для ін'єкцій, та щури, яким внутрішньоочеревинно вводили ліпін щоденно в дозі 50 мг/кг. Через 1, 7, 14, 21 та 28 діб тварин забивали і оцінювали ефективність лікування за зміною біохімічних показників в гомогенаті легень та нирок (піруват, лактат, співвідношення лактат/піруват).
10. Спосіб забезпечує ефективність корекції метаболічного ацидозу в нирках та легенях при термічній травмі.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Нетюхайло Л.Г. (0505638643), Басараб Я.О., Сухомлин Т.А., Бондаренко В.В., Харченко С.В., Іщейкіна Л.К.

#### Реєстр. № 550/5/18

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ІНТОКСИКАЦІЇ У ТВАРИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ.**
2. НДР «Патохімічні механізми дії радіотоксинів на організм та принципи їх ранньої діагностики та корекції», 0117U000589.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123366. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики ураження нирок при інтоксикації у тварин в експерименті / Попова Т.М., Багмут І.Ю., Жуков В.І., Мельник О.Г.; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – № u201708916; заявл. 07.09.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Опрацьована корисна модель, яка відрізняється тим, що у якості показника ендогенної інтоксикації визначають фермент L-аргінін: гліцин амідінотрансферазу, і при його появі в сироватці крові та зростанні, діагностують ураження клубочкового апарату нирок.
8. Корисна модель виявляє ознаки патологічного стану нирок в умовах експерименту та має ряд наступних переваг: досліджуваний показник – фермент L-аргінін: гліцин амідінотрансфераза – є органоспецифічним для нирок; поява L-аргінін: гліцин-амідінотрансферази у сироватці крові свідчить про патологічний стан нирок на ранніх стадіях; зростання активності L-аргінін: гліцин-амідінотрансферази у сироватці крові свідчить про ступінь розвитку патології нирок, що значно підвищує інформативність методу діагностики.
9. Потрібні лабораторні прилади: спектрофотометр або фотоелектроколориметр, а також реактиви: (1) 0,13М фосфатний буфер, рН 7,5 – приготування: розчинили 31,93 г  $K_2HPO_4 \cdot 3H_2O$  в 1 л дистильованої води і 3,80 г  $KH_2PO_4$  в 200 мл дистильованої води. Змішали: 1000 мл розчину  $K_2HPO_4 \cdot 3H_2O$  з 150 мл розчину  $KH_2PO_4$ , довели рН за допомогою потенціометру до 7,5. (2) 0,007 М розчин L-орнітіна: 11,8 мг L- орнітіна-HCL розчиняють в 10 мл фосфатного буфера, рН 7,5. (3) 0,007 М розчин L-канаваніна: 18,8мг L- канаваніна –  $H_2SO_4$  розчинили в 10мл фосфатного буфера, рН 7,5. (4) етилендіамінтетраоцтова кислота. (5) 30% розчин трихлороцтової кислоти. (6) реактиви для проведення реакції Сакагучі.
10. Діагностика ураження нирок в експериментальних моделях інтоксикації.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Харківський національний університет радіоелектроніки. 61000, м. Харків, просп. Науки, 4.
15. Попова Т.М. (0978136061), Багмут І.Ю. (0680723778), Жуков В.І. (7077371), Мельник О.Г. (0677717896).

#### **Реєстр. № 551/5/18**

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ТВАРИН, ЩО ВИКЛИКАНА ЛАПРОЛОМ-604 В ЕКСПЕРИМЕНТІ.**
2. НДР «Патохімічні механізми дії радіотоксинів на організм та принципи їх ранньої діагностики та корекції», 0117U000589.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123590. МПК G09B 22/28 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01). Спосіб діагностики ендогенної інтоксикації тварин, що викликана



- Лапролом-604 в експерименті / Попова Т.М., Багмут І.Ю., Жуков В.І., Мельник О.Г.; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – № u201711148; заявл. 14.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Немає.
  7. Створений спосіб включає введення розчину Лапрола-604 у дозах 1/10, 1/100 та 1/1000 DL 50 експериментальним тваринам, визначення вмісту орто-тираміну, мета-тираміну та активності моноаміноксидази в тканинах печінки і нирок з наступним порівнянням досліджуваних показників зі значеннями контрольної групи тварин, який відрізняється тим, що накопичення амінів орто-тирозинову та мета-тирозина, свідчить про прискорення радикального окислення білків та є ланкою патогенетичного механізму розвитку інтоксикаційного синдрому; падіння активності моноаміноксидази і накопичення орто-тираміну та мета-тираміну у тканині печінки та нирок дають підставу судити про пригнічення моноаміноксидази на фоні введення Лапролу-604 експериментальним тваринам, що свідчить про ендogenous інтоксикацію.
  8. Корисна модель виявляє ознаки ендogenous інтоксикації в умовах експерименту та має ряд наступних переваг: відображає стан патогенетичних компонентів ендogenous інтоксикації та її інтенсивність; виявляє ознаки ендogenous інтоксикації в умовах відтворення хронічного процесу.
  9. В роботі використовують Лапрол-604, середовище для виділення мітохондрій, середовище для промивання мітохондрій, Амберліт CG50 (тип II) воднева форма, 0,02 М фосфатний буфер рН 7,2, лабораторний посуд: центрифужні пробірки, культуральні пробірки, чашки Петрі, голки, 20-міліметрова 1,5 дюйма і 25-міліметрова 0,75 дюйма, колба Ерленмейера, колба Пірекса, лабораторні прилади: спектрофотометр.
  10. Діагностика ендogenous інтоксикації в умовах відтворення хронічного процесу.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
  14. Харківський національний університет радіоелектроніки. 61000, м. Харків, просп. Науки, 4.
  15. Попова Т.М. (0978136061), Багмут І.Ю. (0680723778), Жуков В.І. (7077371), Мельник О.Г.

## ІНШІ

### НЕВРОЛОГІЯ

#### Реєстр. № 552/5/18

- СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ.**
- НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи та обміну речовин», 0115U007142, 2015-2019 рр.
- Неврологія.
- 2++,С.
- Патент України на корисну модель № 120006. МПК А61В 5/055 (2006.01), А61В 6/03 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01). Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на ішемічний інсульт / Тітов І.І., Гриб В.А., Генік С.І., Генік Я.І. – № u201700523; заявл. 19.01.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
- Немає.
- Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на ішемічний інсульт, що включає дослідження ступеня нейронального ушкодження (визначення рівня нейрон-специфічної енолази) та пригнічення функції головного мозку (визначення біспектрального індексу), важкості церебральної гіпоксії (визначення регіонарного насичення гемоглобіну киснем в судинному басейні кори головного мозку) на початку та наприкінці лікування.
- При оцінці ефективності лікування хворих на ішемічний інсульт враховано ступінь пригнічення функції головного мозку та вираженість церебральної гіпоксії, що дозволяє більш об'єктивно визначати характер впливу медикаментозних препаратів на перебіг ішемічного інсульту.
- Визначення рівня нейрон-специфічної енолази в сироватці крові, BIS-монітор, церебральний оксиметр.
- Ішемічний інсульт.
- Немає.
- Вихід з ладу BIS-монітора, церебрального оксиметра; використовувати апарати згідно інструкцій.
- ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» кафедра неврології та нейрохірургії, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії.
- КЗ «Івано-Франківська обласна клінічна лікарня», відділення мікро- та реконструктивної хірургії ЛОР органів.
- Гриб В.А., Тітов І.І., Генік С.І. (0967660389), Генік Я.І.

#### Реєстр. № 553/5/18

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АМАНТАДИНУ СУЛЬФАТУ.**
- НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи та обміну речовин», 0115U007142, 2015-2019 рр.
- Неврологія.
- 2++,С.
- Патент України на корисну модель № 110341. МПК А61К 31/13 (2006.01), А61Р 9/10 (2006.01). Спосіб лікування хворих на ішемічний інсульт в гострому періоді із

- застосуванням амантадину сульфату / Гриб В.А., Тітов І.І., Чмир Г.С., Геник С.І. – № u201602360; заявл. 11.03.2016; опубл. 10.10.2016. Бюл. № 19.
6. Немає.
  7. Спосіб лікування хворих на ішемічний інсульт в гострому періоді шляхом призначення загальноприйнятої терапії з включенням ПК-Мерцу (амантадину сульфат) 500,0 (200 мг амантадину сульфату) на 4-й день після початку інсульту, вводять внутрішньовенно (50 крапель на хвилину) 1 раз на добу (5 введень) з подальшим переходом на таблетовану форму препарату, 1 таблетка (100 мг) двічі в день впродовж 2 місяців.
  8. Швидке відновлення свідомості, суттєвий регрес неврологічної симптоматики, зниження інвалідизації.
  9. Шкала NIHSS, амантадину сульфат (ПК-Мерц) 500,0.
  10. Ішемічний інсульт в гострому періоді.
  11. Немає.
  12. Ускладнення пов'язані з побічною дією препарату; дотримуватись інструкцій.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра неврології та нейрохірургії, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії,
  14. КЗ «Івано-Франківська обласна клінічна лікарня», відділення судинної неврології.
  15. Гриб В.А., Тітов І.І., Чмир Г.С., Геник С.І. (0967660389).

#### **Реєстр. № 554/5/18**

1. **СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ ПРИ НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи та обміну речовин», 0115U007142, 2015-2019 рр.
3. Неврологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 120016. МПК А61К 35/30 (2015.01), А61Р 25/20 (2006.01). Спосіб інтраопераційної нейропротекції при нейрохірургічних оперативних втручаннях / Тітов І.І., Гриб В.А., Геник С.І., Геник Я.І. – № u201701998; заявл. 02.03.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб інтраопераційної нейропротекції при нейрохірургічних оперативних втручаннях, згідно з яким вводять препарат для переривання (блокування) негативного впливу ішемічного каскаду. Як препарат використовують цитиколін (Нейроцитин) 1000 мг в/в краплинно впродовж 30 хв. після індукції анестезії та 1000 мг в/в краплинно через 2 год. від початку операції.
8. Зниження імовірності додаткових періопераційних пошкоджень головного мозку, покращення результатів лікування, сприятливе тло для наступного повноцінного відновлення прооперованих хворих.
9. Визначення рівня нейрон-специфічної енолази в сироватці крові, цитиколін (Нейроцитин) 1000 мг.
10. Нейрохірургічні оперативні втручання, передусім з приводу черепно-мозкової травми, пухлинних новоутворень чи гострих судинних мозкових катастроф.
11. Немає.
12. Неправильний забір матеріалу для визначення рівня нейрон-специфічної енолази; дотримуватись інструкцій.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра неврології та нейрохірургії, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії.
14. КЗ «Івано-Франківська обласна клінічна лікарня», відділення мікро- та реконструктивної хірургії ЛОР органів.

15. Гриб В.А., Тітов І.І., Генік С.І. (0967660389), Генік Я.І.

## ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ

### Реєстр. № 555/5/18

1. **СПОСІБ ПОЄДНАНОЇ СТАБІЛЬНО-ЕЛАСТИЧНОЇ ФІКСАЦІЇ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ ПРИ ЧЕРЕЗСИНДЕСМОЗНИХ ПЕРЕЛОМАХ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-м'якотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху в залежності від структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014-2021 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 134463. МПК А61В 17/00, А61В 17/60 (2006.01). Спосіб поєднаної стабільно-еластичної фіксації нестабільних переломів гомілково-ступневого суглобу при черезсиндесмозних переломах малоюмілкової кістки / Сулима В.С., Чужак А.В. – № u201808378; заявл. 31.07.2018; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до травматології-ортопедії і може бути використана при лікуванні нестабільних ушкоджень гомілково-ступневого суглоба при черезсиндесмозних переломах малоюмілкової кістки. Спосіб передбачає використання поєднаної стабільної фіксації перелому малоюмілкової кістки інтрамедулярним цвяхом з додатково виготовленим наскрізним каналом в поперечному напрямку до осі цвяха під кутом 300 до фронтальної площини, через який у визначеному напрямку через створений черезкістковий канал вводять еластичну нитку-стяжку/стрічку, яку після відновлення синдесмозу затягують на "ендобатонах" з прорізами.
8. Перелом фіксують інтрамедулярним цвяхом з наскрізним каналом, виготовленим поперек осі цвяха під кутом 30о до фронтальної площини кінцівки, через який у визначеному напрямку через створений спецею черезкістковий канал вводять нитку стяжку/стрічку, яку після відновлення синдесмозу затягують на "ендобатонах" з прорізам.
9. Набір інструментів для інтрамедулярного остеосинтезу малоюмілкової кістки, спиця провідник, нитка Arthrex Fiberwire 5, ендобатон з прорізами, рентген апарат з ЕОП.
10. Переломи кісточок гомілки, перелом Пілона.
11. Перелом проксимального кінця малоюмілкової кістки (верхня третина), підсиндесмозний перелом малоюмілкової кістки, ізольований перелом медіальної кісточки, коагулопатія, гемофілія, загальні та місцеві протипокази до мілоінвазивної операції.
12. При порушеннях асептики запальні ускладнення, кровотеча при гемофілії, коагулопатіях.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра травматології та ортопедії.
14. Немає.
15. Сулима В.С., Чужак А.В. (0665335351).

## СТОМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 556/5/18

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 р.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 126695. МПК А61С 3/00, А61В 18/00. Спосіб лікування поверхневих гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки / Рожко М.М., Пюрик В.П., Грищук І.О., Андрусів Ю.М., Ярмошук І.Р., Солоджук Ю.І. – № u201802210; заявл. 03.03.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб лікування поверхневих гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки включає розтин абсцесу, дренажування та наступне промивання гнійної порожнини розчином антисептика. Розтин шкіри та підшкірної клітковини проводять скальпелем електрохірургічного апарату EMED SPECTRUM в монополярному режимі, викликаючи вибух внутрішньоклітинної молекулярної енергії і випаровування рідини при безпосередньому контакті клітин і електроду і запобіганні травмування прилеглих тканин.
8. Завдяки проведенню розрізів скальпелем електрохірургічного апарату зразка EMED SPECTRUM забезпечують в монополярному режимі атравматичний розріз м'яких тканин і коагуляцію судин за рахунок концентрації на малій площі поверхні активного електрода ВЧ струму високої щільності, що викликає випаровування рідини з тканин при безпосередньому контакті електрода з клітинами, зупинку кровотечі під час хірургічного втручання, не травмуючи 45 прилеглих тканин, що зменшує біль, прискорює процеси загоєння рани в післяопераційному періоді та мінімізує косметичні дефекти. Таким чином сукупністю відомих і пропонує нових суттєвих ознак створено нове технічне рішення, яке забезпечує якісно новий технічний результат, достатній для виконання поставленої задачі корисної моделі. Застосування електрохірургічного скальпеля в хірургічному лікуванні поверхневих абсцесів та флегмон, полегшує хірургічне втручання за рахунок одночасного розсічення і коагулювання м'яких тканин, значно зменшує об'єм введеного анестетика та прискорює процеси загоєння рани з одночасним 15 забезпеченням високих естетичних результатів в післяопераційному періоді.
9. Розчин анестетика, електрохірургічний апарат зразка EMED SPECTRUM, розчин антисептика.
10. Пацієнти з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин ЩЛД.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Ярмошук І.Р.

Реєстр. № 557/5/18

1. **СПОСІБ АУГМЕНТАЦІЇ КОМІРКОВОЇ ЧАСТИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 127414. МПК А61С 1/00, А61С 8/00, А61С 13/00. Спосіб аугментації коміркової частини нижньої щелепи / Рожко М.М., Денисенко О.Г., Солоджук Ю.І., Сарапук В.І.; заявник і патентовласник ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». – № u201803110; заявл. 26.03.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб аугментації коміркової частини нижньої щелепи включає виготовлення діагностичної моделі, моделювання воском форми коміркової частини нижньої щелепи, дублювання діагностичної воскової моделі в пластмасі, створення на пластмасовій моделі титановою сіткою товщиною 0,2 мм. відповідної форми і контуру коміркового відростка верхньої щелепи, проведення розрізу слизової оболонки по середині гребеня коміркового відростка верхньої щелепи, відсепарування слизово-окістного клаптя, оголення коміркового відростка, проведення періостотомії, фіксацію заповненої кістковим матеріалом титанової сітки до коміркового відростка за допомогою гвинтів та ушивання рани. Дану методику проводять на комірковій частині нижньої щелепи, для попереднього створення контуру коміркової частини нижньої щелепи виготовляють індивідуальну капу з полікарбонату товщиною 1 мм, після чого формують контур коміркової частини нижньої щелепи з використанням остеопластичного матеріалу тваринного походження та резорбуючої колагенової мембрани та ушивання рани вузловими швами, використовують індивідуальну капу в післяопераційному періоді для збереження сформованого контуру коміркової частини нижньої щелепи.
8. У результаті використання даної методики проведення аугментації коміркової частини нижньої щелепи з використанням колагенової мембрани та кісткового матеріалу тваринного походження, 30 відновлено об'єм втраченої втраченої кісткової тканини за попередньо заданою формою та контуром коміркової частини нижньої щелепи, що в свою чергу створює кращі умови для проведення подальшого ортопедичного лікування. Даний спосіб забезпечує кращі, прогнозовані умови для регенерації кісткової тканини коміркової частини нижньої щелепи
9. Моделювальний віск, виготовлення індивідуальної капи з полікарбонату товщиною 1 мм, остеопластичний матеріал тваринного походження та резорбуюча колагенова мембрана, хірургічні інструменти для проведення втручання в ротовій порожнині, препарати для премедикації та знеболення.
10. Пацієнти з частковими та повними дефектами зубних рядів на нижній щелепі.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Денисенко О.Г., Сарапук В.І.

**Ресстр. № 558/5/18**

1. **СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ СКОЛІВ КЕРАМІЧНОГО ОБЛИЦЮВАННЯ НЕЗНІМНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ В ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 124598. МПК А61С 5/00. Спосіб реконструкції сколів керамічного облицювання незнімних стоматологічних конструкцій в фронтальній ділянці / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я. – № u201712185; заявл. 11.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб реконструкції сколів керамічного облицювання незнімних стоматологічних конструкцій в фронтальній ділянці шляхом застосування композитних матеріалів і їх оброблення. Реконструкцію сколів здійснюють шляхом виготовлення полімерного вініру на втрачену ділянку для заміщення естетичного дефекту. Після перпарування твердих тканин кореня зуба знімають базисний оклюзійний відбиток із силіконової маси. Вирізають на відбитку скрізне вікно в ділянці зруйнованого зуба. Наносять на бортах базисного відбитку помітки-орієнтири маркером. Попередньо проходять ендодонтично лікувальний корінь на 2/3 його довжини. Корируючу силіконову масу вводять на базисний оклюзійний відбиток із двох сторін і каналонаповнювачем в кореневий канал, розтискають силіконову масу в каналі пластмасовим штифтом. Базисний оклюзійним відбиток із коригуючою масою вводять в ротову порожнину пацієнта і створюють додаткову компресію на силіконову коригуючу масу щільним стисканням зубів пацієнта. Знімають робочий відбиток у вигляді комбінації із робочої частини, зубів антагоністів та оклюзії в одному цілому і передають для виготовлення куксової вкладки лабораторним способом.
8. Використання пропонованого способу дозволяє з високою ефективністю здійснювати починки сколів керамічного облицювання незнімних стоматологічних конструкцій в фронтальній ділянці, знімати силіконовий відбиток в кореновому каналі з високою точністю, усунути наявність пор в силіконі, спростити та здешевити процедуру виготовлення куксової вкладки з великою 15 точністю її прилягання до поверхні кореневого каналу.
9. Композитний матеріал, полімерний вінір, силіконова маса для зняття відбитка
10. Корекція сколів керамічного облицювання незнімних стоматологічних конструкцій в фронтальній ділянці.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Штурмак В.М.

#### Реєстр. № 559/5/18

1. **СПОСІБ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЯСЕННОГО КРАЮ ПРИ ЕСТЕТИЧНІЙ РЕСТАВРАЦІЇ ЗУБІВ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЇ І НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП.**

2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 124599. МПК А61С 13/00. Спосіб лазерної корекції ясенного краю при естетичній реставрації зубів у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелеп / Рожко М.М., Штурмак В.М., Теремко Н.А. – № u201712186; заявл. 11.12.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб лазерної корекції ясенного краю при естетичній реставрації зубів у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелеп включає лазерне коагулювання ясенного краю діодним лазером. Перед лазерним коагулюванням попередньо визначають глибину ясенної боріздки і/або кишені за допомогою пародонтального зонда. На яснах проводять контурування верхніх границь, до яких планують проводити корекцію. Проводять коагуляцію ясен діодним лазером по рівню наміченого краю. Видалену ділянку тимчасово запломбовують рідким фотополімером і здійснюють кінцеве формування ясенного краю.
8. Використання пропонованого способу корекції ясенного краю у фронтальній ділянці при естетичному ортопедичному лікуванні дозволяє забезпечити можливість проведення точної, швидкої та нетравматичної маніпуляції.
9. Діодний лазер «Лика-Хирург» (Україна, Харків).
10. Лазерна корекція ясенного краю при естетичній реставрації зубів у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелеп
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Штурмак В.М., Теремко Н.А.

#### Реєстр. № 560/5/18

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЬ ГІПЕРОКЛЮЗІЇ ТА СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ ПАРАФУНКЦІЇ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 123193. МПК А61С 7/00. Спосіб визначення місць гіпероклюзії та ступеня вираженості парафункції жувальних м'язів / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я. – № u201710240; заявл. 23.10.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб визначення місць гіпероклюзії та ступеня вираженості парафункції жувальних м'язів шляхом використання індивідуальних пристосувань візуальної і профілактичної діагностики. При цьому, як інструмент діагностики використовують індивідуальну діагностично-захисну капу, яку виготовляють із еластичного матеріалу на нижню і/або верхню щелепи, в залежності від клінічної ситуації, товщиною не менше 0,7 мм, і встановлюють пацієнту зразу після фіксації



- керамічних/металокерамічних конструкцій незмінно до появи ділянки перфорування у місцях з підвищеними оклюзійними контактами на зубах.
8. Використання запропонованого способу розширює можливості візуальної діагностики в стоматології, дозволяє з великою точністю визначати місця гіпероклюзії та ступінь вираженості парафункції жувальних м'язів з одночасним функціональним забезпеченням ролі діагностичнозахисної капи на адаптивний період після фіксації незмінних металокерамічних та керамічних ортопедичних конструкцій.
  9. Індивідуальна діагностично-захисна капа.
  10. Визначення місць гіпероклюзії та ступеня вираженості парафункції жувальних м'язів після фіксації керамічних/металокерамічних конструкцій в ротовій порожнині
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
  14. Немає.
  15. Рожко М.М., Штурмак В.М.

### **Реєстр. № 561/5/18**

1. **СТОМАТОЛОГІЧНА ЛОЖКА ІЗ ЗМІННИМИ ЕЛЕМЕНТАМИ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 122527. МПК А61С 9/00. Стоматологічна ложка із змінними елементами / Локота Ю.Є., Кочмар М.Ю., Палійчук І.В., Локота М.Є., Палійчук В.І., Локота Є.Ю., Палійчук М.І., Вовчок Р.В., Маляр А.В.; заявник і патентовласник Локота Ю.Є.. – № u201708333; заявл. 11.08.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Стоматологічна ложка із змінними елементами має основу з бортами, ручку, групу змінних елементів та систему кріплення змінних елементів. Кожен змінний елемент виготовлений у вигляді пластин прямокутної форми з вигинами з утворенням деталей з П-подібними торцями. В середній частині кожного елемента виконано отвір з різьбою. В основі ложки виконані отвори, розташовані вздовж бортів на деякій віддалі від них. Система кріплення містить гвинти з різьбою, аналогічною різьбі в отворах змінних елементів. Товщина гвинтів рівна або менша ширини отворів у основі ложки.
8. Наявність змінних елементів дає змогу одночасно отримувати відбитки зубних рядів верхньої щелепи з фрагментами відбитків зубних рядів нижньої щелепи, що дає додаткову інформацію про взаємне розташування зубних рядів верхньої та нижньої щелеп. Розташування бокових пластин змінних елементів непаралельно один до іншого забезпечує утримання відбиткової маси при підготовці до зняття відбитків. Здійснено випробування запропонованої стоматологічної ложки із змінними елементами, в результаті чого підтверджено, що її конструкція забезпечує більш раціональне використання часу при знятті відбитків зубних рядів, а також зменшує витрати відбиткового матеріалу.
9. Стоматологічна ложка із змінними елементами.
10. Для зняття відбитків нижньої щелепи.

11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Палійчук І.В., Палійчук В.І.

**Реєстр. № 562/5/18**

1. **СТОМАТОЛОГІЧНА ВІДБИТКОВА ЛОЖКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ ВІДБИТКІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 116948. МПК А61С 9/00. Стоматологічна відбиткова ложка для зняття відбитків нижньої щелепи / Локота Ю.Є., Кочмар М.Ю., Палійчук І.В., Локота М.Є., Палійчук В.І., Локота Є.Ю., Палійчук М.І., Вовчок Р.В., Маляр А.В.; заявник і патентовласник Локота Ю.Є. – № а201613370; заявл. 26.12.2016; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Винахід належить до медицини, зокрема до ортопедичної стоматології, і може бути застосований для зняття відбитків нижньої щелепи. Задачею винаходу є розширення функціональних можливостей ложки для зняття стоматологічних відбитків нижньої щелепи за рахунок забезпечення зміни геометричної форми та розмірів робочої частини ложки без застосування додаткових елементів. Стоматологічна відбиткова ложка для зняття відбитків нижньої щелепи містить підковоподібний корпус з двох симетричних частин, борти та ручку, частини корпусу та ручка сполучені між собою шарнірно, вісь повороту частин корпусу розташована з боку внутрішніх бортів перпендикулярно площині основи, на ділянках зовнішніх бортів в місцях сполучення фрагментів корпусу виконані групи вирізів, ложка містить також фіксатор у вигляді пластини з вигинами на протилежних кінцях у різні боки, один кінець фіксатора прикріплений до ручки, а інший у робочому стані розташований у вирізах бортів, між бортом ложки та місцем кріплення фіксатора виконано отвір, ложка містить також фіксуєчий гвинт, в ручці навпроти отвору фіксатора виконано отвір з різьбою, що відповідає різьбі гвинта.
8. Випробування запропонованої стоматологічної відбиткової ложки для зняття відбитків нижньої щелепи показали, що конструкція дає змогу змінювати геометричні параметри ложки без застосування додаткових елементів і таким чином розширює її функціональні можливості.
9. Відбиткова ложка для зняття відбитків нижньої щелепи.
10. Для зняття відбитків нижньої щелепи.
11. Немає.
12. Недоліком описаної ложки для отримання стоматологічних відбитків нижньої щелепи є неможливість коригування форми та розмірів робочої частини ложки.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Палійчук І.В., Палійчук В.І.

**Реєстр. № 563/5/18**

1. **СПОСІБ ПЕРЕНЕСЕННЯ З МОДЕЛІ, ВСТАНОВЛЕННЯ І ФІКСАЦІЇ АБАТМЕНТІВ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ПРИ НЕЗНІМНОМУ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 122577. МПК А61С 8/00, А61С 13/103 (2006.01). Спосіб перенесення з моделі, встановлення і фіксації абатментів в ротовій порожнині при незнімному ортопедичному лікуванні / Рожко М.М., Штурмак В.М., Челій С.Т., Смірнов Ю.Ю. – № u201709213; заявл. 18.09.2017; опубл. 10.01.2018. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб перенесення з моделі, встановлення і фіксації абатментів в ротовій порожнині при незнімному ортопедичному лікуванні включає виготовлення та фіксацію абатментів на моделі з наступним перенесенням і фіксацією абатментів в ротовій порожнині. Після виготовлення та фіксації абатментів на моделі разом з виготовленою капою-тримачем з еластичного матеріалу, зразка SofTray (Ultradent Products, Inc), пластиною товщиною щонайменше 1.2 мм, вакуумним методом, в якій відповідно перфорують отвори для гвинтів і обрізають скальпелем краї, не доходячи 3 мм до перехідної складки, відкручують технічні гвинти, знімають капу-тримач разом з абатментами з моделі та стерилізують холодним методом, після чого переносять капу-тримач разом з абатментами і фіксують в ротовій порожнині, при цьому при збережених природних зубах фіксують капу-тримач спочатку на природних зубах і далі поступово фіксують абатменти, при беззубій щелепі абатменти фіксують від фронтальної ділянки в бокові ділянки і після фіксації абатментів гвинтами до імплантатів капу-тримач знімають.
8. Завдяки виготовленню капи-тримача абатментів, в якій відповідно перфорують отвори для гвинтів, забезпечується можливість точного і швидкого перенесення та фіксації абатментів з моделі в ротовій порожнині при незнімному ортопедичному лікуванні, особливо в тих випадках, де імплантати зафіксовані під різними кутами один до одного, таким чином сукупністю відомих і пропонуваніх суттєвих ознак отримано нове технічне рішення, яке забезпечує якісно 45 новий технічний результат, достатній для виконання поставленої задачі корисної моделі. Використання пропонованого способу перенесення з моделі, встановлення і фіксації абатментів в ротовій порожнині при незнімному ортопедичному лікуванні дозволяє забезпечити можливість точного і швидкого перенесення та фіксації абатментів з моделі в ротіву порожнину, особливо в тих випадках, де імплантати зафіксовані під різними кутами один до одного.
9. Виготовлення еластичної капи-тримача абатментів, еластичний матеріал, зразка Sof-Tray (Ultradent Products, Inc), скальпель, розчини для холодної стерилізації.
10. Пацієнти з показами до проведення незнімного ортопедичного лікування.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Штурмак В.М.

Реєстр. № 564/5/18

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВІЙ ТЕРИТОРІЇ.**
2. НДР «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», 0118U004144, 2018-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 127339. МПК А61С 17/00, А61К 6/00, А61К 33/06 (2006.01), А61К 33/42 (2006.01), А61К 31/00, А61Р 1/02 (2006.01), А61Р 19/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на ревматоїдний артрит, які проживають на екологічно несприятливій території /Ковалишин Х.В., Рожко М.М., Кривенький Т.П., Заяць О.В.; заявник і патентовласник ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». – № u201802144; заявл. 01.03.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на ревматоїдний артрит, які проживають на екологічно несприятливій території, який включає в себе загальноприйняті місцеві та загальні заходи (зрошення порожнини рога розчинами антисептичних засобів, видалення м'якого зубного нальоту, ультразвукове видалення над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень, накладання пародентальних пов'язок з протизапальними властивостями), який відрізняється тим, що лікування додатково доповнюється включенням в терапію препаратів: «Остеогенон» по 1 таблетці 2 рази на добу, протягом 6 місяців; антиоксидант «Е 200-Зентіва» по 1 таблетці 2 рази на добу, впродовж 14 днів; сорбент «Ентеросгель» по 1 столовій ложці 3 рази на добу, через півтори години після прийому їжі та лікарських препаратів, протягом 7 днів.
8. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у хворих з ревматоїдним артритом, які проживають на екологічно несприятливій території, а саме комплексне лікування захворювань пародонту з використанням патогенетичних засобів, забезпечує ефективну нормалізацію прооксидно-антиоксидантного гомеостазу, підвищення мінеральної щільності кісткової тканини, зменшування резорбції коміркової частини нижньої 55 щелепи та альвеолярного відростка верхньої щелепи, що призведе до тривалої ремісії процесу.
9. «Остеогенон», «Е 200-Зентіва», сорбент «Ентеросгель».
10. Генералізований пародонтит у хворих з ревматоїдним артритом.
11. Індивідуальна чутливість до запропонованих препаратів.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Ковалишин Х.В., Рожко М.М., Кривенький Т.П.

## **РЕВМАТОЛОГІЯ**

**Реєстр. № 565/5/18**

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ У ПОЄДНАННІ З ДИСБІОТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ КИШЕЧНИКА.**

2. НДР «Подагра, гіперурикемія та асоційована коморбідність: клініка, діагностика, нові підходи до лікування», 0116U000125, 2016-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132887. МПК А61К 136/00 (2019.01), А61Р 3/00 (2016.01). Спосіб лікування хворих на подагру у поєднанні з дисбіотичними порушеннями кишечника / Кондратюк В.С., Тарасенко ОМ.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – № u201810727; заявл. 30.10.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб лікування хворих на подагру у поєднанні з дисбіотичними порушеннями кишечника, що включає призначення базисної уратзнижувальної терапії алопуринолом, старт – терапія 100 мг на добу, підвищуючи кожні 2 тижні на 100 мг сумарно до 500 мг та додатковим призначенням синбіотика Ротабіотик по 1 капсулі тричі на добу через 30 хв. після їжі протягом 3-х місяців.
8. Одним із способів лікування хворих на подагру є поступове зниження рівня сечової кислоти в крові шляхом призначення урикозуричних препаратів, що діють на нирковий шлях виведення уратів з організму людини. Недоліком даного способу є те, що відсутній вплив на екстрауренальний спосіб виведення сечової кислоти. Перевагою запропонованого способу лікування подагри є додаткове призначення синбіотика даній категорії пацієнтів, що дозволяє нівелювати у них дисбіотичні зміни кишечника і посилити виведення уратів з організму через шлунково-кишковий тракт, що в цілому сприяє більш швидкому та ефективному зниженню рівня урикемії.
9. Синбіотик Ротабіотик в твердих капсулах та алопуринол таблетки по 100 мг.
10. Хронічний подагричний поліартрит у поєднанні з дисбіотичними порушеннями кишечника.
11. Протипоказання до застосування препаратів алопуринол та Ротабіотик згідно з інструкціями виробника.
12. У ході застосування способу можливі ускладнення, що відображені в інструкції виробника даних препаратів.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Кондратюк В.Є., Тарасенко О.М. (096-260-37-25), e-mail: [tarasenko\\_ksenia@ukr.net](mailto:tarasenko_ksenia@ukr.net).

## СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

### Реєстр. № 566/5/18

1. **КОМП'ЮТЕРНА ПРОГРАМА: «СУДОВО-МЕДИЧНА ІДЕНТИФІКАЦІЙНА ПРОГРАМА З ВИКОРИСТАННЯМ ШТУЧНИХ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ».**
2. НДР «Комплексне використання антропометричних, антропоскопічних та дерматогліфічних параметрів середніх і проксимальних фаланг пальців рук при судово-медичній ідентифікації особи».
3. Судово-медична експертиза.
4. 2++,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 74561. Комп'ютерна програма: «Судово-медична ідентифікаційна програма з використанням штучних нейронних мереж» / Козань Н.М., Коцюбинська Ю.З.,

- Зеленчук Г.М.; заявник та власник авторського права: Козань Н.М., Коцюбинська Ю.З, Зеленчук Г.М.; дата реєстрації 07.11.2017.
6. Немає.
  7. Комп'ютерна програма: «Судово-медична ідентифікаційна програма з використанням штучних нейронних мереж Dermatoglyphics For Prediction (DFP)» побудована для прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак людини, на основі використання дерматогліфічних параметрів. Основним знаряддям для прогнозування дерматогліфічних залежностей обрано штучні нейронні мережі [Wang, S. C. (2003). Artificial neural network. In Interdisciplinary computing in java programming (pp. 81-100). Springer US.]. Запропонована програма є сумісна з всіма сучасними операційними системами (Windows, Linux, MAC OS, Android) та написана на мові програмування JAVA з використанням графічного інтерфейсу JAVA та бібліотеки *JFoenix*. Запропоноване програмне забезпечення дозволяє здійснювати експрес-прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак людини, увесь процес ідентифікації займає не більше 20хв. і дозволяє отримувати результати з досить високим відсотком імовірності (76-90%).
  8. Реалізація даного програмного забезпечення включає в себе взаємопов'язані етапи, котрі наведені нижче. Крок 1. Підготовка до запуску. Крок 2. Запуск програми *DFP*. Крок 3. Головне вікно програми. Крок 4. Внесення даних. Крок 5. Результати обробки даних. Використання даного програмного забезпечення, дозволяє провести прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак невідомої особи, за досить короткий період часу (20 хв.) та отримати високодостовірні результати.
  9. Персональний комп'ютер, комп'ютерна програма Dermatoglyphics For Prediction (DFP).
  10. Прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак невідомої особи.
  11. Немає.
  12. Чітке дотримання покрокової інструкції мінімалізує похибки при ідентифікації невідомої особи та помилок при використанні нововведення.
  13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
  14. Немає.
  15. Коцюбинська Ю.З. (0966505355), Козань Н.М., Зеленчук Г.М.

#### Реєстр. № 567/5/18

1. **КЛАСИФІКАЦІЯ ШКІРНИХ ВІЗЕРУНКІВ СЕРЕДНІХ І ПРОКСИМАЛЬНИХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ РУК.**
2. НДР «Комплексне використання антропометричних, антропоскопічних та дерматогліфічних параметрів середніх і проксимальних фаланг пальців рук при судово-медичній ідентифікації особи».
3. Судово-медична експертиза.
4. 2++,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 74560. Графічне зображення «Доповнена класифікація шкірних візерунків середніх та проксимальних фаланг пальців рук / Коцюбинська Ю.З, Козань Н.М., Зеленчук Г.М.; заявник та власник авторського права: Коцюбинська Ю.З, Козань Н.М., Зеленчук Г.М.; дата реєстрації 07.11.2017.
6. Немає.
7. Пропонуємо до використання уточнену та удосконалену класифікацію дерматогліфічних параметрів середніх та проксимальних фаланг пальців рук, що здатна полегшити, систематизувати та пришвидшити роботу пов'язану із вивченням кількісних та якісних показників шкірних візерунків середніх та проксимальних фаланг пальців рук.

8. Дерматогліфічні параметри середніх та проксимальних фаланг пальців рук, несуть інформативну цінність, піддаються кількісному та якісному вивченню, формуючи дерматогліфічну конституцію особи, можуть застосовуватися, у якості ідентифікуючих критеріїв на рівні із дерматогліфічними параметрами дистальних фаланг пальців рук при вивченні дерматогліфічної конституції невідомої особи і таким чином доповнювати і підтверджувати, ряд відомих ідентифікуючих методів. Для полегшення процесу вивчення кількісних і якісних показників, визначення типу папілярного візерунку, направленості папілярних ліній авторами запропонована до використання «Доповнену класифікацію шкірних візерунків середніх та проксимальних фаланг пальців рук». Відповідно до зазначеної класифікації, на середніх та проксимальних фалангах пальців рук зустрічаються 25 типів візерунків, що за своєю структурою можуть бути прості та складні, лінійні та комбіновані, а за напрямом папілярних ліній ульнарні та радіальні.
9. Немає.
10. Вивчення кількісних і якісних параметрів середніх та проксимальних фаланг пальців рук.
11. Немає.
12. Чітка систематизація дерматогліфічних параметрів середніх та проксимальних фаланг пальців рук, за використанням розробленої класифікаційної схеми, унеможливує похибки при вивченні дерматогліфічної конституції невідомої особи та помилок при використанні нововведення.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Коцюбинська Ю.З. (0966505355), Козань Н.М., Зеленчук Г.М.

## **ХІРУРГІЯ. ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ**

### **Реєстр. № 568/5/18**

1. **ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ПРИ УШКОДЖЕННІ МІОКАРДУ.**
2. НДР «Визначити ефективність застосування трансплантації стовбурових клітин кордової крові для відновлення порушеної скоротливої функції серця».
3. Трансплантологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Фенотипування для виявлення донорських клітин проводили з використанням первинних моноклональних антитіл до мембранних антигенів HLA людини, та вторинних антитіл, мічених флуорохромом PerCP. Стовбурові клітини кордової крові, що були трансплантовані внутрішньовенним введенням в період 4 тижня після трансплантації спостерігалися у відносній кількості 0,0032% та локалізувалися у периваскулярному просторі і в зоні набряку інтерстицію міокарду переміщення стовбурових клітин. Ці переміщення свідчать про хемотаксичний механізм руху стовбурових клітин кордової крові в зону ураження, та можуть бути основою для трансплантації стовбурових клітин кордової крові методикою внутрішньовенним введення їх суспензії. Трансплантовані стовбурові клітини кордової крові активують процеси природньої регенерації, що призводить до більш швидкого відновлення.
8. На основі проведеного аналізу та з урахуванням даних експериментального дослідження можливо передбачити наступні користі від клітинної трансплантації: зменшення з послідуочим зникненням больового синдрому; покращення

- скоротливої здатності міокарду; зменшення доз прийому кардіопрепаратів; зменшення проявів серцевої недостатності; збільшення толерантності до фізичного навантаження
9. Відповідно до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» та інших нормативно-правових актів з питань трансплантації.
  10. Діяльність пов'язана з трансплантацією органів.
  11. Немає.
  12. Немає.
  13. Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.
  14. Немає.
  15. Паляниця С.С. (0444082075), Салютін Р.В., Панченко Л.А., Сірман В.М., Шаблій В.А.

### Реєстр. № 569/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ МОЖЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ВТРУЧАННЯ В УМОВАХ УРГЕНТНОЇ ХІРУРГІЇ.**
2. НДР «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та гнійних захворювань м'яких тканин», 0114U003980, 2014-2018 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132013. МПК А61В 17/00. Спосіб прогнозування можливості виконання лапароскопічного втручання в умовах ургентної хірургії / Колосович І.В., Мойсеєнко А.І., Колосович А.І.; заявник та патентовласник НМУ ім. О.О.Богомольця. – № u201808564; заявл. 08.08.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб включає реєстрацію показників внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) за допомогою електронного тензодатчика. Після знеболення хворого перед здійсненням діагностичної лапароскопії параумбілікально у черевну порожнину вводять голку Вереша, яку під'єднують до інсуфлятора, за допомогою якого у черевну порожнину вводять 100 мл вуглекислого газу. Вимірюють ВЧТ, показники якого менше 6 мм рт. ст. свідчать про наявність допустимого об'єму вільної черевної порожнини, необхідного для здійснення оперативного втручання лапароскопічним шляхом. Перевищення показників ВЧТ більше 6 мм рт. ст. є показанням до виконання лапаротомії.
8. Використання запропонованого способу дозволяє зменшити частоту діагностичних помилок при прогнозуванні можливості виконання лапароскопічного втручання в умовах ургентної хірургії, тобто підвищити чутливість способу. А це в свою чергу дозволить, використовуючи методи мініінвазивної хірургії, зменшити травматичність, тривалість оперативних втручань, що сприятиме зменшенню частоти післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Лапароскопічна стійка з набором лапароскопічних інструментів.
10. Гостра абдомінальна хірургічна патологія.
11. Виражений спайковий процес у черевній порожнині.
12. Ушкодження органів черевної порожнини при недотриманні техніки безпеки при введенні лапаропорта.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Колосович І.В., Мойсеєнко А.І. (0979874092), Колосович А.І.



# ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ

ПЕРЕЛІК 2018, ВИП, 5

## ПРОБЛЕМИ

№ п/п	Назва проблеми	Установи-розробники	Реєстраційний номер повідомлень до Переліку
1.	Акушерство і гінекологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ДНУ НПЦПКМДУС ЛНМУ НМАПО ОНМУ ВДНЗУ УМСА УНПЦ ЕХТЕОТ ХНМУ	1-18 19-25 26-28  29-34 35-38 39 40, 41, 42 43, 44 45
2.	Алергологія Імунологія Клінічна імунологія Лабораторна імунологія	ДУ НІМЦР ЛНМУ	46 47
3.	Анестезіологія	ДЗ ДМА НМАПО	48-53 54
4.	Гастроентерологія	ДУ НІМЦР НМУ ВДНЗУ УМСА ДУ УНДІ МСПІ ХНМУ	55 56 57 58 59, 60
	Генетика медична	ХНМУ	61
8.	Гігієна дітей та підлітків. Гігієна праці. Професійна патологія. Гігієна харчування. Загальна гігієна. Комунальна гігієна. Радіаційна гігієна	ЗДМУ ЛНМУ НМАПО ДП НЦПТХХБ ХНМУ	62 63 64 65-92 93, 94
9.	Дерматовенерологія	ДЗ ДМА ДНУ НПЦПКМДУС ЛНМУ ХНМУ	95, 96 97  98-102 103-108
10.	Загальна практика – сімейна медицина	НМАПО ОНМУ	109, 110 111
11.	Ендокринологія	ВДНЗУ БДМУ УНПЦ ЕХТЕОТ ХНМУ	112 113 114, 115

13.	Епідеміологія	ОНМУ	116
14.	Інфекційні хвороби	ДЗ ДМА ОНМУ ХНМУ	117, 118 119, 120, 121 122-127
15.	Кардіологія	ВДНЗУ БДМУ ДНУ НПЦПКМДУС ЗДМУ ДВНЗ ІФНМУ НМАПО НМУ ОНМУ ВДНЗУ УМСА ДУ УНДІМРК ДУ УНДІ МСПІ ХНМУ	128 129 130 131 132, 133, 134 135 136 137 138, 139 140 141-166
16.	Клінічна лабораторна діагностика	ДЗ ЗМАПО НМУ ХНМУ	167 168 169
17.	Медицина невідкладних станів	ДЗ ЗМАПО	170
17.	Медична психологія та психотерапія	ДУ УНДІ МСПІ	171
18.	Мікробіологія і вірусологія	ВНМУ ДНУ НПЦПКМДУС ХНМУ	172, 173, 174 175 176, 177
19.	Наркологія та психіатрія	ВДНЗУ БДМУ ДУ НДП ЛНМУ НМУ ХНМУ	178, 179 180 181 182, 183 184
20.	Неврологія	ДНУ НПЦПКМДУС ДВНЗ ІФНМУ  ЛНМУ НМАПО ХМАПО	185  186, 552, 553, 554 187 188-191 192, 193
22.	Нефрологія	ВНМУ НМАПО	194 195, 196, 197
23.	Онкологія	ІЕПОР НІР ВДНЗУ УМСА	198-209 210-220 221, 222

24.	Організація і управління охороною здоров'я	ДНУ НПЦПКМДУС ДУ УІСД ЛНМУ ДУ УНДІ МСПІ УЦНМПІЛР	223-226  227 228 229-231 232
25.	Ортопедія і травматологія	ДЗ ДМА ДВНЗ ІФНМУ  НМУ ОНМУ ДУ УНДІМРК ДЗ УНПЦЕМДМК	233, 234 235-239 555 240 241, 242 243 244, 245
27.	Офтальмологія	ДЗ ЗМАПО НМАПО ОНМУ ВДНЗУ УМСА	246 247, 248, 249 250 251, 252
28.	Патологічна анатомія	ДНУ НПЦПКМДУС ЗДМУ ДУ НІФП НАМНУ ОНМУ ХНМУ	253  254 255  256 257, 258
29.	Педіатрія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ДЗ ДМА ДНУ НПЦПКМДУС ЗДМУ ДЗ ЗМАПО ЛНМУ ДУ НІФП НАМНУ НМАПО ДУ ІС НМУ ВДНЗУ УМСА УНПЦ ЕХТЕОТ ХМАПО ХНМУ	259-267 268, 269 270, 271 272  273, 274 275 276 277-280  281-287 288 289-293 294-298 299 300, 301, 302 303-310

31.	Радіологія. Рентгенологія	НМАПО ВДНЗУ УМСА	311, 312 313
32.	Ревматологія	ВНМУ НМУ ХНМУ	314-321 565 322
34.	Стоматологія	ВДНЗУ БДМУ ДНМУ ДЗ ЗМАПО ДВНЗ ІФНМУ  ЛНМУ НМАПО ОНМУ ДВНЗ ТДМУ ВДНЗУ УМСА ХНМУ	323-332 333, 334, 335 336, 337 338-351 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564 352-355 356 357 358, 359 360-372 373-375
35.	Судово-медична експертиза	ВДНЗУ БДМУ ДВНЗ ІФНМУ НМАПО НМУ	376, 377, 378 566, 567 379 380
36.	Терапія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ВДНЗУ УМСА ХНМУ	381-390 391 392 393
37.	Токсикологія	ВДНЗУ БДМУ	394
38.	Урологія	ДЗ ДМА НМАПО НМУ ВДНЗУ УМСА ХНМУ	395, 396, 397 398 399 400 401-404
39.	Фармакологія. Фармація	ДЗ ДМА ЗДМУ ЛНМУ НМАПО НФаУ ХНМУ	405, 406, 407 408, 409, 410 411, 412 413 414-456 457-460
40.	Фізіотерапія. Медична реабілітація	ДУ НІМЦР ХНМУ	461 462

41.	Фтизіатрія. Пульмонологія	ЗДМУ ДУ НІФП НАМНУ НМАПО	463 464-476 477
42.	Хірургія. Торакальна хірургія. Трансплантологія	ВДНЗУ БДМУ ДНУ НПЦПКМДУС ЗДМУ ДЗ ЗМАПО КЦТОТК ЛНМУ ДУ НІФП НАМНУ НМАПО НМУ ВДНЗУ УМСА УНПМЦ ЕХТЕОТ ХНМУ	478, 479, 480 481 482, 483 484, 485 568 486-492 493-496 497-511 512-525 569 526, 527, 528 529 530-540
43.	Хірургія серця і магістральних судин	НМАПО ДУ НПМЦ ДКК	541, 542 543, 544
44.	Морфологія людини	ВДНЗУ УМСА	545
45.	Нормальна та патологічна фізіологія	ЛНМУ ВДНЗУ УМСА ХМАПО	546 547, 548, 549 550, 551

## ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ

ПЕРЕЛІК 2018, ВИП, 5

### УСТАНОВИ

Установи	Регістраційні №№ наукових повідомлень
Вищий державний навчальний заклад України Буковинський державний медичний університет (ВДНЗУ БДМУ)	1-18 112 128 178, 179 259-267 323-332 376, 377, 378 381-390 394 478, 479, 480

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» <b>(ВДНЗУ УМСА)</b>	40, 41, 42 57 137 221, 222 251, 252 294-298 313 360-372 392 400 526, 527, 528 545 547, 548, 549
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова <b>(ВНМУ)</b>	19-25 172, 173, 174 194 268, 269 314-321 391
Державний вищий навчальний заклад «Івано- Франківський національний медичний університет МОЗ України» <b>(ДВНЗІФНМУ)</b>	131 186 235-239 338-351 552, 553, 554 555 556-564 566, 567
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» <b>(ДЗДМА)</b>	48-53 95, 96 117, 118 233, 234 270, 271 395, 396, 397 405, 406, 407
Державний вищий навчальний заклад Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського <b>(ДВНЗТДМУ)</b>	358, 359
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» <b>(ДЗЗМАПО)</b>	167 170 246 275 336, 337 484, 485
Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» <b>(ДЗ УНПЦЕМДМК)</b>	244, 245
Донецький національний медичний університет <b>(ДНМУ)</b>	333, 334, 335

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами <b>(ДНУ НПЦПКМДУС)</b>	26-28 98-102 129 175, 185 223-226 253, 272, 481
Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України» <b>(ДП НЦПТХХБ)</b>	65-92
Державна установа «Інститут серця МОЗ України» <b>(ДУ ІС)</b>	288
Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» <b>(ДУ НІФП НАМНУ)</b>	255 277-280 464-476 493-496
Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» <b>(ДУ УНДІ МСП)</b>	58 140, 171 229-231
Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України» <b>(ДУ НПМЦ ДКК)</b>	543, 544
Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України» <b>(ДУ НПМЦ Р)</b>	46 55 461
Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» <b>(ДУ УІСД)</b>	227
ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології» МОЗ України <b>(ДУУНДІМРК)</b>	138, 139 243
Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» <b>(ДУ НДП)</b>	180
Запорізький державний медичний університет <b>(ЗДМУ)</b>	62 130 254 273, 274 408, 409, 410 463 482, 483
Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України <b>(ІЕПОР)</b>	198-209
Координаційний центр з трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України <b>(КЦТОТК)</b>	568

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького <b>(ЛНМУ)</b>	29-34 47 63 98-102 181 187 228 276 352-355 411, 412 486-492 546
Національний інститут раку <b>(НІР)</b>	210-220
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика <b>(НМАПО)</b>	35-38 54 64 109, 110 132, 133, 134 188-191 195, 196, 197 247, 248, 249 281-287 311, 312 356 379 398 413 477 497-511 541, 542
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця <b>(НМУ)</b>	56 135 168 182, 183 240 289-293 380 399 512-525 565, 569
Національний фармацевтичний університет <b>(НФаУ)</b>	414-456
Одеський національний медичний університет <b>(ОНМУ)</b>	39 111 116 119, 120, 121 136 241, 242 250 256 357



Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України <b>(УНПЦЕХТЕОТ)</b>	43, 44 113 299 529
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи <b>(УЦНМІЛР)</b>	232
Харківська медична академія післядипломної освіти <b>(ХМАПО)</b>	192, 193 300, 301, 302 550, 551
Харківський національний медичний університет <b>(ХНМУ)</b>	45 59, 60 61 93, 94 103-108 114, 115 122-127 141-166 169 176, 177 184 257, 258 303-310 322 373-375 393 401-404 457-460 462 530-540

## ЗМІСТ

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ .....	стр. 3-45
АЛЕРГОЛОГІЯ ТА ІМУНОЛОГІЯ .....	45-47
АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ .....	47-53
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ .....	54-59
ГЕНЕТИКА МЕДИЧНА .....	59-60
ЗАГАЛЬНА ПІСІСНА .....	60-99
ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ .....	99-111
ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА .....	111-114
ЕНДОКРИНОЛОГІЯ .....	114-120
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ .....	120
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ .....	120-130
КАРДІОЛОГІЯ .....	130-167
КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА .....	167-170
МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ .....	170
МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ .....	171-172
МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ .....	172-177
НАРКОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ .....	177-186
НЕВРОЛОГІЯ .....	186-193
НЕФРОЛОГІЯ .....	193-197
ОНКОЛОГІЯ .....	197-213
ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я .....	213-223
ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ .....	223-236
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ .....	236-242
ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ .....	242-247
ПЕДІАТРІЯ .....	247-298
РАДІОЛОГІЯ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЯ .....	298-301
РЕВМАТОЛОГІЯ .....	301-307
СТОМАТОЛОГІЯ .....	307-355
СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА .....	355-361
ТЕРАПІЯ .....	361-375
УРОЛОГІЯ .....	375-384
ФАРМАКОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ .....	384-426
ФІЗІОТЕРАПІЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ .....	426-428
ФТИЗІАТРІЯ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЯ .....	428-439
ХІРУРГІЯ. ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ .....	440-500
МОРФОЛОГІЯ ЛЮДИНИ .....	500-501
НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ .....	501-506
ІНШІ .....	506
НЕВРОЛОГІЯ .....	506-509
ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ .....	509
СТОМАТОЛОГІЯ .....	510-517
РЕВМАТОЛОГІЯ .....	517-518
СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА .....	518-520
ХІРУРГІЯ. ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ .....	520-521
ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ. ПРОБЛЕМИ .....	522-526
ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ. УСТАНОВИ .....	526-530
ЗМІСТ .....	531