МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’ Я УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ (УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ПОГОДЖЕНО
Віце-президент
НАМН України

_____ В.М. Коваленко

10.06. 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник Міністра

охорони здоров’я України

_____ /. !MjLU?a!L

2020 р.

П Е Р Е Л І К

наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я

(Випуск 6)

Київ - 2020

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 № 6 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 2018-2019 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

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

Наукове повідомлення*. Реєстр. № 1/6/19

1. Назва наукової (науково-технічної) продукції**. СПОСІБ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ ЖІНОК З УСКЛАДНЕНИМ АКУШЕРСЬКИМ АНАМНЕЗОМ.
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, 20162020 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 № 131330. МПК (2006) A61B 8/00. Спосіб прогнозування розвитку плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику / Бирчак І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u20180770; заявл. 09.07.2018, опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності). Немає.
7. Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції. Вагітним з ускладненим акушерським анамнезом у ранні терміни вагітності проводять ультразвукове дослідження з визначенням куприково-тім'яного розміру плода, об'єму амніотичної рідини, середнього діаметру жовткового мішка, частоти серцевих скорочень ембріона та додатково проводять об'ємну реконструкцію при ультразвуковому дослідженні з вивченням хоріального кровотоку з використанням програм VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis), за допомогою чого визначають об'єм хоріону та показник об'ємного кровотоку - індекс васкуляризації (VI); і при відхиленні від норми куприково-тім'яного розміру плода, об'єму амніотичної рідини, середнього діаметру жовткового мішка, частоти серцевих скорочень ембріона, та при об'ємі хоріона < 10,46 см^3 та VI < 14,83 діагностують порушення стану плода.
8. Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок упровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами (медичні, соціальні, економічні). Вдосконалення пренатальної діагностики у ранні терміни вагітності у жінок з ускладненим акушерським анамнезом. Медична ефективність: пренатальна діагностика порушень у формуванні та функціонуванні хоріона, а надалі в плаценті. Соціальна ефективність: правильна та своєчасна корекція порушень у формуванні та функціонуванні хоріона. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування наслідків порушень у формуванні та функціонуванні хоріона шляхом додатково проведення об'ємної реконструкції при ультразвуковому дослідженні з вивченням хоріального кровотоку.
9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції. Програма VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided

*** 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.**

Analysis), за допомогою якої визначають об'єм хоріону та показник об'ємного кровотоку - індекс васкуляризації (VI).

10. Показання до застосування. Ускладнений акушерський анамнез.
11. Протипоказання до застосування. Немає.
12. Перелік можливих ускладнень або помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції, шляхи їх запобігання та усунення. Не було відмічено.
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. Бирчак І.В. (0506037171). Реєстр. № 2/6/19 1. СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ КІСТИ ЯЄЧНИКА У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.
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 № 13296.7 МПК (2006) A61B 17/00. Спосіб оперативного лікування розриву кісти яєчника у жінок репродуктивного віку / Бирчак І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201807640; заявл. 09.07.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Пацієнтці з діагностованим розривом кісти яєчника за 20-30 хвилин перед операцією вводять внутрішньовенно 125-250 мг розчину етамзилату та 250-500 мг розчину транексамової кислоти, під час операції через товсту голку аспірують вміст та роблять біопсію капсули кістозного геморагічного утворення яєчника (КГУЯ) і, якщо зовнішній вигляд КГУЯ відповідає структурі функціональної кісти яєчника з крововиливом, а в аспіраційному та біопсійному матеріалах відсутні атипові клітини, залишену капсулу КГУЯ з яєчника не вилучають. Далі в черевну порожнину вводять 250 мл поліфункціонального протиспайкового засобу дефенсаль з експозицією через 12 год та наступною аспірацією вмісту.
8. Вдосконалення оперативного лікування розриву кісти яєчника у жінок репродуктивного віку. Медична ефективність: сприяє кращому перебігу післяопераційного періоду, зниженню лікарського навантаження, скороченню тривалості температурної реакції, больового синдрому, відновленню функції органів черевної порожнини та порожнини таза. Соціальна ефективність: своєчасне попередження спайкоутворення після лапароскопічних втручань, що дозволяє мінімізувати ризик віддалених ускладнень, поліпшенню показників якості життя жінок. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування післяопераційних ускладнень та скорочення терміну перебування хворих в стаціонарі
9. Поліфункціональний протиспайковий засіб «Дефенсаль».
10. Ускладнений акушерський анамнез.
11. Немає.

12. Не було відмічено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Бирчак І.В. (0506037171).

Реєстр. № 3/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ 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. Патент України на корисну модель № 131330. МПК (2006) A61B 8/00. Спосіб прогнозування розвитку плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику / Бирчак І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u20180770; заявл. 09.07.2018, опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. У вагітних групи ризику проводять визначення специфічних білків зони вагітності, рівня гормонів плаценти, ультразвукових особливостей плацентарного комплексу, проводять оцінку системи гемостазу, стану оксидантної та антиоксидантної систем та додатково проводять об'ємну реконструкцію при УЗД з вивченням хоріального кровотоку з використанням програм VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis), за допомогою чого визначають об'єм хоріону та індекс васкуляризації (VI); і при відхиленні від норми специфічних білків зони вагітності, рівня гормонів плаценти, ультразвукових критеріїв плацентарного комплексу, системи гемостазу, показників оксидантної та антиоксидантної систем та при об'ємі хоріона < 67,56 см^3 та VI < 19,01 прогнозують розвиток плацентарної дисфункції.
8. Ефективне та раннє прогнозування розвитку первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику. Медична ефективність: проведення вчасної та патогенетично обґрунтованої корекції порушень, які передують розвитку первинної плацентарної дисфункції. Соціальна ефективність: зменшення ризику важких перинатальних ускладнень. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування наслідків порушень, які виникають при розвитку первинної плацентарної дисфункції.
9. Програма VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis), за допомогою якої визначають об'єм хоріону та показник об'ємного кровотоку - індекс васкуляризації (VI).
10. Ускладнений акушерський анамнез.
11. Немає.
12. Не було відмічено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Бирчак І.В. (0506037171).

Реєстр. № 4/6/19

1. СПОСІБ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНИХ СТРЕС-РЕАЛІЗУЮЧИХ СИСТЕМ ТА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НАДНИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЛОДІВ ВІД МАТЕРІВ З РЕВМАТИЗМОМ.
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0116U002939, 2016-2020 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 1+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128126. МПК G01N 33/49 (2006.01). Спосіб доклінічної діагностики порушення центральних стрес-реалізуючих систем та визначення ризику виникнення надниркової недостатності у плодів від матерів з ревматизмом. / Косілова С.Є.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201800248; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Не подавалася.
7. В даний час для визначення компенсаторно-пристосувальних механізмів у вагітних використовують доплерометричне дослідження кровоплину у середній мозковій артерії та аорті плода, судинах матері та плаценти з визначенням індексів судинного опору; додатково проводять доплерометричне дослідження кровоплину в перешийку аорти плода, оцінюють профіль кривих швидкостей кровоплину, розраховують кутонезалежні індекси судинного опору після 38 тижнів (в III триместрі) вагітності. Але до теперішнього часу не врахована можливість діагностики порушення центральних стрес-реалізуючих систем та визначення ризику виникнення надниркової недостатності у плодів від матерів з ревматизмом на до клінічній стадії за допомогою визначення у пуповинній крові вмісту АКТГ та кортизолу радіоімунологічним методом. При рівні АКТГ 121,25±9,8 пг/мл та рівні кортизолу 426,5±12,5 н/моль/л діагностують напруження центральних стрес- реалізуючих систем та напруження функціональної активності гіпофізу та кори наднирникових залоз, а також, високий ризик виникнення наднирникової недостатності. А при рівні АКТГ 88,7±7,9 пг/мл і рівні кортизолу 274,5±11,5 н/моль/л діагностують виснаження центральних стрес-реалізуючих систем та виснаження резервних можливостей кори наднирникових залоз, а отже, виникнення наднирникової недостатності.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно проводити доклінічну діагностику порушення центральних стрес-реалізуючих систем та визначити ризик виникнення надниркової недостатності у плодів від матерів з ревматизмом шляхом оцінки показників адренокортікотропіну та кортизолу в пуповинній 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-пристосувальних 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 порушення компенсаторно-пристосувальних механізмів (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 важки акушерські та перинатальні ускладнення; зменшення середнього терміну стаціонарного лікування).

9. Доплерометричне дослідження.
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).

Реєстр. № 5/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АТРОФІЧНОГО ВАГІНІТУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ.

2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 0116U002939, 2016-2020 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 1+,С.
5. Патент країни на корисну модель № 135241. МПК A61K 31/00, A61K 35/747 (2015.1) , A61P 15/00. Спосіб профілактики атрофічного вагініту у жінок в постменопаузі / Косілова С.Є.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201900153; заявл. 04.01.2019; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Не подавалася.
7. В даний час з метою лікування атрофічного вагініту у жінок в постменопаузі призначають замісну гормональну терапію у вигляді свічок овестину, які вводять внутрішньопіхвово один раз на добу через день, загальним курсом 3-6 місяців; у день, коли не використовують овестин, внутрішньопіхвово вводять один раз на добу на 6-8 годин протягом 10-15 днів двома-трьома курсами тампони, насичені водною суспензією симбітер-2, яку готують шляхом розведення 1 дози препарату (1000 млрд. живих клітин мікроорганізмів) кип'яченою водою у співвідношенні 1:2. Але не враховано те, що при атрофічному вагініті внаслідок домінування клітин базального шару знижується рівень глікогену, що запобігає проліферації паличок Додерлейна і призводить до зниження рівня молочної кислоти і залуження піхви, до розвитку патогенної флори. Беручи до уваги характерні зміни слизової оболонки піхви в постменопаузальний період, наявність мікст-інфекцій, ризик виникнення онкозахворювань під час тривалого застосування гормональної терапії, у способі, що заявляється, рекомендується зменшити тривалість використання місцевої гормонотерапії. А також, з метою сприяння росту лактобацил і відновлення pH піхви пропонується використовувати препарат, що містить молочну кислоту і глікоген-вагінальний гель лактогель. Таким чином, запропонований спосіб включає призначення місцевої гормонотерапії у вигляді свічок овестину - по 1 свічці інтравагінально на ніч, через один день, протягом двох місяців. Вдень, коли не використовують овестин, інтравагінально на ніч пропонується вводити 5 мг лактогелю, впродовж двох місяців. Після завершення лікування рекомендується проводити підтримуючу терапію: інтравагінально на ніч вводити 5 мг лактогелю щодня, протягом 30 днів, через кожні 3 місяці.
8. Покрашення стану слизової оболонки піхви, відновлення мікрофлори і pH піхви, зменшення явищ атрофії і неприємного відчуття, покращення якості життя жінки. Медична ефективність: підвищення ефективності лікування атрофічного вагініту у жінок в постменопаузі, зменшення проявів урогенітальних розладів, попередження розвитку різних ускладнень. Соціальна ефективність: покращення стану здоров'я жінки, сімейних стосунків, працездатності та якості життя за рахунок підвищення

ефективності лікувальних заходів та зниження частоти гінекологічної захворюваності внаслідок впровадження запропонованого способу лікування атрофічного вагініту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування жінок атрофічним вагінітом та можливих гінекологічних ускладнень шляхом підвищення ефективності лікування; відсутність потреби стаціонарного лікування.

9. Овестин, Лактогель.
10. Наявність атрофічного вагініту в постменопаузі.
11. Онкологічні захворювання, передракові стани.
12. Індивідуальна підвищена чутливість до препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Косілова С.Є. (0990740054).

Реєстр. № 6/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В РАННЬОМУ ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ НА ФОНІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.

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 № 135067. МПК A61B 5/00, G01N 33/49 (2006.1) . Спосіб діагностики первинної плацентарної дисфункції в ранньому триместрі гестації на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів / Гошовська А.В.; Гошовський В.М., заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський держаний медичний університет». - № u201900767; заявл. 24.01.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб дозволяє ефективно діагностувати первинну плацентарну дисфункціюв ранньому триместрі гестації на фоні запальних захворювань жіночих статевих органівна підставі якісної оцінки параметрів кровотоку в яєчниковій артерії та дослідження хоріону, що дає можливість своєчасно передбачити можливі ускладнення вагітності та пологів, а також провести ранню патогенетично обґрунтовану корекцію виявлених порушень. Згідно з даними порівняльного клінічного дослідження жінок, які додатково вимірюють об'єм хоріона, величину систоло-діастолічного відношення (СДВ)в яєчниковій артерії на стороні жовтого тіла та індекс резистентності (ІР); і при зниженні VI більш ніж на 56 -78%, FI більш ніж 12%, об'єму хоріона на 36-78% відносно гестаційної нормитапри СДВ>3,5 іІР>0,70 діагностують розвиток первинної плацентарної дисфункції. Стандартні низькохвильові характеристики кровотоку в яєчникових артеріях з низькою систолічною швидкістю (Vmax від 0,06 до 0,14 м/с) і високим показником периферичного опору, середньошвидкісний артеріальний кровотік де (Vmax від 0,15 до 0,2 м/сек) і помірними показниками периферичного опору та у 13 (35,1%), високошвидкісним типом кровообігу в яєчниковій артеріях з високими швидкостями (Vmax від 0,14 до 0,57 м/сек)та високими показниками периферичного опору свідчать про ранню діагностику розвитку плацентарної дисфункції. Слід вимірювати індекс васкуляризації ^!),індекс кровотоку (FI), об'єм хоріона,

величину систоло-діастолічного відношення (СДВ)в яєчниковій артерії на стороні жовтого тіла та індекс резистентності (ІР). При зниженні індексу васкуляризації (VI) більш ніж на 56-78%, індексу кровотоку (FI) більш ніж 10%, об'єму хоріона на 3678% (<2,5 см), тапри підвищенні величини систоло-діастолічного відношення (СДВ)в яєчниковій артерії на стороні жовтого тіла СДВ>3,5, високому індексі резистентності ІР>0,70 відносно гестаційної норми діагностують розвиток первинної плацентарної дисфункції.

8. Медична ефективність: Запропонований спосіб дозволяє ефективно діагностувати первинну плацентарну дисфункцію в ранньому триместрі гестації на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів на підставі якісної оцінки параметрів кровотоку в яєчниковій артерії та дослідження об'єму хоріону. Соціальна ефективність: покращання методу діагностики первинної плацентарної дисфункціїв ранньому триместрі гестації на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів дозволить доповнити питання розвитку патогенезу, прогнозу та профілактики первинної плацентарної дисфункції у жінок даної групи. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на уникнення додаткових методів діагностики розвитку первинної плацентарної дисфункції у жінок на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів
9. УЗД-апарат з тривимірним доплерометричним вимірюванням. Об'ємну реконструкцію хоріального кровотоку виконують в програмі VOCAL (VirtualOrganComputer-AidedAnalysis) з побудовою гістограми судинного компонента в повному об'ємі хоріона.
10. Немає.
11. Вагітні жінки в ранньому триместрі вагітності з ознаками запальних процесів жіночих статевих органів.
12. Щоб запобігти отриманню недостовірних результатів екстраембріональних структур та екстраембріонального кровотоку під час ультразвукового дослідження необхідно проводити даний метод діагностики на спеціалізованому пристрої з присутньою функцією тривимірного доплерометричного вимірювання та з присутньою програмою VOCAL, висококваліфікованим та сертифікованим фахівцем в галузі ультразвукової діагностики.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет».
14. Немає.
15. Гошовська А.В. (0508444205), Гошовський В.М. (0505625922).

Реєстр. № 7/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ.

2. НДР «Генетична детермінованість профілактичних підходів при невиношуванні вагітності», 0117U002350, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 126160. МПК A61P 15/06. Спосіб лікування плацентарної дисфункції у вагітних з невиношуванням на тлі генітальних інфекцій / Лісова К.М., Каліновська І.В.; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201712821; заявл. 22.12.2017; опубл 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. В наш час існує спосіб лікування плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику по внутрішньоутробному інфікуванню роваміцином в третьому триместрі

вагітності. При цьому способі у вагітних в третьому триместрі з ризиком виникнення плацентарної дисфункції інфекційного генезу призначали роваміцин протягом 10 днів. Незалежно від етіології збудника одночасно проводили вітамінно- метаболічну терапію (курантіл, актовегін). Недоліками є те, що лікування плацентарної дисфункції проводилось у групі ризику вагітних в третьому триместрі, що не дає можливості ранньої корекції змін в фетоплацентарному комплексі , а також не впливає на інфекційний чинник і не викликає стійкої ремісії процесу. Нами пропонується спосіб, що виключає вказані вище недоліки. Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування плацентарної дисфункції в другому триместрі вагітності застосовується специфічна антибактеріальна, противірусна терапія, імунокорегуюча та місцева терапія. Вагітним жінкам, з діагностованою генітальною інфекцією та проявами плацентарної дисфункції за клінічними ознаками та даними ультразвукового дослідження в другому триместрі вагітності проводиться лікування : вільпрофен по 1 таблетці 2 рази на день - 14 днів, протефлазід по 8 крапель 3 рази на день протягом 1 місяця, місцево свічки генферон по 1 св. 2 рази в день 10 днів вагінально.

8. Підвищення ефективності лікування плацентарної дисфункції на тлі генітальних інфекцій в другому триместрі вагітності, що дозволяє вплинути на дану патологію починаючи з ранніх термінів вагітності і проводити патогенетичне лікування, запобігти формуванню вторинної плацентарної дисфункції, зменшити перинатальні ускладнення та втрати. Застосування нашого способу лікування дає можливість згідно з отриманими результатами запобігти розвитку ознак внутрішньоутробного інфікування плоду, знизити перинатальні ускладнення та втрати, зменшити частоту передчасних пологів. Медична ефективність: покращення результатів лікування проявів плацентарної дисфункції у вагітних з генітальними інфекціями внаслідок застосування ранньої терапії в другому триместрі вагітності зниження частоти перинатальної смертності. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я вагітних та новонароджених немовлят від матерів з генітальними інфекціями за рахунок підвищення ефективності ранньої терапії плацентарної дисфункції, внаслідок проведення специфічного комплексного лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування вагітних з генітальними інфекціями в другому триместрі вагітності та новонароджених з інфекційними ускладненнями шляхом застосування диференційованої комплексної терапії.
9. Кваліфікований лікар акушер-гінеколог.
10. Наявність проявів плацентарної дисфункції в ранні терміни гестації у вагітних з генітальними інфекціями.
11. Протипоказань немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». 58001, м. Чернівці, Театральна пл., 2. Тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Лісова К.М. (0990562590), Каліновська І.В. (0505252981).

Реєстр. № 8/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ.

2. НДР «Генетична детермінованість профілактичних підходів при невиношуванні вагітності», 0117U002350, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 3,D.

5. Патент України на корисну модель № 120054. МПК A61B 8/00. Спосіб діагностики плацентарної дисфункції в першому триместрі у вагітних з невиношуванням / Лісова К.М., Каліновська І.В.; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201703006; заявл. 30.03.2017; опубл 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. В даний час існує ультразвукова оцінка та тактика ведення вагітності в ранні терміни гестації. При плацентарній дисфункції виявлено дефекти плацентації, які характеризуються витонченим і фрагментованим трофобластом, зниженням інвазивних властивостей цитотрофобласта. Клініко-ультразвукова характеристика патологічного розвитку хоріона представлена його гіпоплазією, відставанням дозрівання, частковим або повним передлежанням. Однією з ознак є утворення ретрохоріальної гематоми. Недоліками є те, що діагностика плацентарної дисфункції проводилась тільки на основі ультразвукової характеристики хоріона та наявності гематоми, що не дає можливості ранньої діагностики первинної плацентарної дисфункції та своєчасної корекції. Нами пропонується спосіб, що виключає вказані вище недоліки. Поставлена задача вирішується тим, що проводилось ультразвукове обстеження вагітних з плацентарною недостатністю в ранні терміни гестації. Вивчались ехографічні особливості розвитку ембріона, структура хоріона, показники серцевої діяльності ембріона, оцінка об'єму плідного яйця та наявність і розмір ретрохоріальної гематоми.
8. Підвищення ефективності лікування плацентарної дисфункції у вагітних з невиношуванням, рання діагностика проявів первинної плацентарної недостатності, зниження частоти плацентарної дисфункції в третьому триместрі вагітності, перинатальних втрат та ускладнень. Медична ефективність: покращення результатів лікування проявів первинної плацентарної дисфункції внаслідок застосування ультразвукового дослідження в першому триместрі вагітності та оцінювання структур хоріона та екстра ембріональних структур, зниження частоти перинатальної смертності. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я вагітних та новонароджених немовлят за рахунок підвищення ефективності ранньої діагностики плацентарної дисфункції, внаслідок проведення ультразвукового дослідження з оцінкою екстра ембріональних структур. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування вагітних з невиношуванням в анамнезі в третьому триместрі вагітності та новонароджених з гіпоксією шляхом підвищення ефективності ранньої діагностики плацентарної дисфункції.
9. Кваліфікований лікар ультразвукової діагностики.
10. Наявність проявів плацентарної дисфункції в першому триместрі у вагітних з невиношуванням в анамнезі.
11. Протипоказань немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». 58001, м. Чернівці, Театральна пл., 2. Тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Лісова К.М. (0990562590), Каліновська І.В. (0505252981).

Реєстр. № 9/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В РАННЬОМУ ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ.

2. НДР «Генетична детермінованість профілактичних підходів при невиношуванні вагітності», 0117U002350, 2017-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 121507. МПК G01N 33/48. Спосіб діагностики первинної плацентарної дисфункції в ранньому ембріональному періоді у вагітних з невиношуванням / Лісова К.М., Каліновська І.В.; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201705613; заявл. 06.06.2017; опубл. 11.12.2017. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. В даний час існує спосіб діагностики плацентарної дисфункції у вагітних з проявами фетоплацентарної недостатності, що включає вивчення рівня гормонів в організмі вагітної. При цьому способі у вагітних в малому терміні з ризиком виникнення плацентарної недостатності виявлено зниження гормональної функції в 1,3 рази. Недоліками є те, що діагностика плацентарної недостатності проводилась у групі ризику вагітних, а не з проявами плацентарної недостатності на тлі невиношування в ранньому ембріональному періоді, що не дає можливості ранньої діагностики і своєчасної корекції. Нами пропонується спосіб, що виключає вказані вище недоліки. Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики плацентарної дисфункції в ранньому ембріональному періоді шляхом дослідження гормонального статусу вагітних згідно до корисної моделі, визначають рівень основних гормонів вагітності: рівень прогестерону, хоріонічного гонадотропіну, естрадіолу, при їх відхиленні від нормативних значень діагностують наявність проявів первинної плацентарної дисфункції (зниження рівня естрадіолу до 0,2 нмоль/л, та хоріонічного гонадотропіну до 14400 МЕ/л. Рівень прогестерону був знижений у всіх вагітних в 1,5 раза).
8. Підвищення ефективності діагностики плацентарної дисфункції у вагітних з невиношуванням, рання діагностика проявів первинної плацентарної дисфункції, зниження частоти плацентарної дисфункції в третьому триместрі вагітності, перинатальних втрат та ускладнень. Медична ефективність: покращення результатів діагностики проявів первинної плацентарної дисфункції внаслідок визначення рівня гормонів фетоплацентарного комплексу в першому триместрі вагітності, що веде до зниження частоти перинатальної смертності. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я вагітних та новонароджених немовлят за рахунок підвищення ефективності ранньої діагностики плацентарної дисфункції, внаслідок визначення рівня гормонів фетоплацентарної системи. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування вагітних з невиношуванням в анамнезі в третьому триместрі вагітності та новонароджених з гіпоксією шляхом підвищення ефективності ранньої діагностики плацентарної дисфункції.
9. Кваліфікований лікар-лаборант, імуноферментний аналізатор.
10. Наявність проявів плацентарної дисфункції в ранні терміни гестації у вагітних з невиношуванням в анамнезі.
11. Протипоказань немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». 58001, Україна, м. Чернівці, Театральна пл., 2. Тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Лісова К.М. (0990562590), Каліновська І.В. (0505252981).

Реєстр. № 10/6/19

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ
2. НДР «Сучасні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській і гінекологічній патології», 2016-2020 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 120052. МПК (2017.01) А61К 36/00. Спосіб профілактики менопаузального метаболічного синдрому у жінок з порушеннями ліпідного обміну / Приймак С.Г., Гресько М.Д., Андрієць О.А., Юзько О.М. - № u201703000; заявл. 30.03.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб здійснюється наступним чином. Трібекс застосовувався по 1 таблетці 750 мг 2 рази на добу впродовж 3-6 місяців жінкам в перименопаузі з різним ступенем тяжкості менопаузальних розладів (ожирінням). Карлів призначали по 1 капсулі (L- карнітін 500 мг, селен 12,5 мкг, цинк 4 мг) на добу протягом 3-6 місяців. Через 6 міс. після лікування оцінювали результати з ефективності фітопрепаратів, враховуючи вегетативні реакції, обмінні процеси в жировій тканині, ліпідний спектр крові, харчову поведінку жінок.
8. Запропонований спосіб лікування з використанням природних естрогенів рослинного походження немає протипоказань та побічних ефектів, окрім того, здійснює комплексний вплив на організм жінки, зумовлений взаємним потенціюванням ефектів біологічно активних речовин. Медична ефективність: підвищення ефективності лікування менопаузального метаболічного синдрому у жінок з порушеннями ліпідного обміну в перименопаузі внаслідок застосування негормональних консервативних методів лікування пацієнток. Протодіосцин (активна речовина Tribulus Terrestris) і L-карнітін дозволяють нормалізувати ліпідний обмін, а саме зменшити вміст тригліцеридів та ліпопротеїдів низької щільності, підвищити рівень ліпопротеїдів високої щільності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я жінок з порушеннями ліпідного обміну в перименопаузі за рахунок підвищення ефективності негормонального консервативного лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з менопаузальним синдромом в перименопаузі шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів.
9. Враховуючи особливості порушення ліпідного обміну у жінок, доцільно проведення лікування, спрямованого на зниження рівня ЛПДНЩ, багатих тригліцеридами (ТГ).
   З цією метою призначають препарати, що знижують їх синтез і посилюють виведення ЛПНЩ з організму: Протодіосцин (активна речовина Tribulus Terrestris) і L-карнітін. У результаті лікування слід домагатися наступних показників ліпідного обміну: ЛПНЩ <2,6 ммоль / л, ЛПВЩ> 1,3 ммоль / л, ТГ <1,7 ммоль / л.
10. Менопаузальний метаболічний синдром (ММС) можна охарактеризувати як надбавку маси тіла з перерозподілом жирової тканини по вісцеральному типу у більш, ніж 60% жінок постменопаузального віку в результаті прогресивного зниження гормональної функції яєчників на тлі фізіологічних процесів старіння. ММС маніфестує вісцеральним ожирінням, інсулінорезистентністю, дисліпідемією, атеросклерозом, що призводить до розвитку цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) і серцево-судинних захворювань (ССЗ).
11. Індивідуальна несприйнятливість.
12. Запропонований нами спосіб негормонального лікування є ефективним і безпечним методом лікування жінок з ожирінням в періоді перименопаузи при застосуванні 6- місячної терапії фітопрепаратами, у яких менопаузальні розлади оцінювалися на підставі модифікованого менопаузального індексу (ММІ).

13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58001, м. Чернівці, Театральна пл., 2. Тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Андрієць О.А. (0505116333), Приймак С.Г (0505743745)., Юзько Л.М. (0372523449).

Реєстр. № 11/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З РЕТРОХОРІАЛЬНОЮ ГЕМАТОМОЮ.

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 № 136325. МПК (2006) A61B 8/00, G01N 33/483 (2006.1) . Спосіб ранньої діагностики плацентарної дисфункції у вагітних з ретрохоріальною гематомою / Кравченко О.В., Бойко І.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201902500; заявл. 14.03.2019; опубл. 12.08.2019. Бюл. № 15.
6. Не подавалась.
7. Спосіб ранньої діагностики плацентарної дисфункції у вагітних з ретрохоріальною гематомою оснований на проведенні тримірного доплерівського вимірювання об'єму хоріону в 12-13 тижнів гестації: зниження об'єму хоріону більше, ніж на 1520% відносно гестаційної норми, вказує на розвиток плацентарної дисфункції.
8. Зниження об'єму хоріону в кінці I триместру гестації не менше як на 15-20% може слугувати критерієм ефективної діагностики плацентарної дисфункції в ранні терміни ще на доклінічному етапі. Встановлено, що зміни об'єму хоріону розвиваються раніше виражених змін в результатах дослідження гормонального статусу, змін куприко-тім'янного розміру плода тощо. Тільки тримірне доплерометричне ультразвукове дослідження дає можливість безпосередньо виміряти об'єм хоріону в кінці I триместру гестації (12-13 тижнів). Медична ефективність: найбільш достовірною, неопосередкованою ознакою плацентарної дисфункції є зниження об'єму хоріону в кінці I триместру гестації не менше як на 15-20%, що дає можливість діагностики плацентарної дисфункції ще на доклінічному етапі. Соціальна ефективність: зниження частоти втрат вагітності та перинатальної патології, покращання якості життя вагітної, за рахунок своєчасної діагностики плацентарної дисфункції. Економічна ефективність:скорочення фінансових витрат на діагностику плацентарної дисфун
9. Ультразвуковий апарат з можливістю проведення тримірного доплерометричного дослідження в режимі сірої шкали і енергетичного доплера, кут дослідження - 15°, частоту зрізів - 1,5-2,0 мм.
10. Вагітні з ретрохоріальною гематомою в терміні до 12-13 тижнів гестації.
11. Немає.
12. Побічних ефектів не спостерігалося.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554), Бойко І.В. (0660891948).

Реєстр. № 12/6/19

1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.
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 № 136615. МПК (2006) A61B 8/00, G01N 33/48 (2006.1) . Спосіб ранньої діагностики плацентарної дисфункції у вагітних після екстракорпорального запліднення / Кравченко О.В. ; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201902498; заявл. 14.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Не подавалась.
7. Спосіб ранньої діагностики плацентарної дисфункції у вагітних після екстракорпорального запліднення оснований на проведенні тримірного доплерівського вимірювання об'єму хоріону в 12-13 тижнів гестації та оцінці його васкуляризації: зниження об'єму хоріону більше, ніж на 15-20%, а індексу васкуляризації більше як на 25-30% відносно гестаційної норми, вказує на розвиток плацентарної дисфункції.
8. Зниження об'єму хоріону в кінці I триместру гестації не менше як на 15-20% та індексу васкуляризації більше як на 25-30% відносно гестаційної норми може слугувати критерієм ефективної діагностики плацентарної дисфункції в ранні терміни ще на доклінічному етапі у вагітних після екстракорпорального дослідження. Встановлено, що зміни об'єму хоріону та його кровопостачання розвиваються раніше виражених змін в результатах дослідження гормонального статусу, змін куприко-тім'янного розміру плода тощо. Тільки тримірне доплерометричне ультразвукове дослідження дає можливість безпосередньо виміряти об'єм хоріону та оцінити його васкуляризацію в кінці I триместру гестації (12-13 тижнів). Медична ефективність: найбільш достовірною, неопосередкованою ознакою плацентарної дисфункції є зниження об'єму та кровопостачання хоріону в кінці I триместру гестації у вагітних після екстракорпорального запліднення. Зменшення об'єму хоріону на 15-20%, а індексу васкуляризації більше як на 25-30% вказує на розвиток плацентарної дисфункції ще на доклінічному етапі. Соціальна ефективність: зниження частоти втрат вагітності та перинатальної патології, покращання якості життя вагітної після екстракорпорального запліднення, за рахунок ранньої діагностики плацентарної дисфункції. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику плацентарної дисфункції у вагітних після екстракорпорального запліднення, за рахунок використання більш дешевого тримірного ультразвукового дослідження в порівнянні з неоднократним визначенням гормонів плаценти в динаміці.
9. Ультразвуковий апарат з можливістю проведення тримірного доплерометричного дослідження в режимі сірої шкали і енергетичного доплера, кут дослідження - 15°, частоту зрізів - 1,5-2,0 мм.
10. Вагітні після екстракорпорального запліднення в кінці I триместру гестації.
11. Немає.
12. Побічних ефектів не спостерігалося.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.

15. Кравченко О.В. (0956593554).

Реєстр. № 13/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В ІІ 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 № 136329. МПК (2006) A61K 45/00, A61K 45/08 (2006.1) , A61P 3/00. Спосіб лікування плацентарної дисфункції у вагітних після екстракорпорального запліднення в ІІ триместрі гестації / Кравченко О.В.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201902511; заявл. 14.03.2019; опубл. 12.08.2019. Бюл. № 15.
6. Не подавалась.
7. З метою лікування плацентарної дисфункції у вагітних після екстракорпорального запліднення в ІІ триместрі гестації призначали мікронізований прогестерон, а саме препарат лютеіна в дозах 200-300 мг вагінально, одночасно застосовували венотонічний засіб нормовен по 1 таблетці 2 рази на добу та метаболічний і антиоксидантний препарат артіхол по 400 мг 2-3 рази на добу до 18-20 тижня гестації.
8. Перевагами використання даного методу є те, що мікронізований прогестерон лютеіна ідентичний ендогенному, компенсує недостатність прогестерону, в невисоких дозах немає антигонадотропного ефекту, його метаболіти спричиняють токолітичний ефект. Препарат створює високу біодоступність і максимальну концентрацію в органах-мішенях. Вагінальний спосіб введення є гарною альтернативою пероральному шляху, оскільки не втрачається концентрація активного прогестерону за рахунок первинного печінкового метаболізму. Венотонік Нормовен підвищує венозний тонус, попереджає тромбоз, зменшує веностаз та проникливість капілярів, покращує мікроциркуляцію. Артіхол, який крім метаболічного, антиоксидантного ефекту профілактує виникнення внутрішньопечінкових холестазів, які зазвичай формуються при довготривалому використанні мікронізованих прогестеронів. Медична ефективність: запропонований комплекс лікарських засобів зарекомендував себе як ефективний щодо лікування плацентарної дисфункції та зниження таких ускладнень вагітності як загроза переривання, прееклампсія, передчасні пологи. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я вагітних після екстракорпорального запліднення, за рахунок зменшення частоти плацентарної дисфункції. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування вагітних після екстракорпорального запліднення з плацентарною дисфункцією, за рахунок впровадження ефективного комплексу лікувальних засобів.
9. Препарат лютеіна в дозах 200-300 мг вагінально, венотонічний засіб нормовен по 1 таблетці 2 рази на добу, метаболічний і антиоксидантний препарат артіхол по 400 мг 2-3 рази на добу до 18-20 тижня гестації.
10. Вагітні після екстракорпорального запліднення з плацентарною дисфункцією в кінці І триместру гестації.
11. Багатоплідна вагітність, аномалії розвитку жіночих статевих органів, важка екстрагенітальна патологія у матерії, вроджені аномалії плода.

12. Побічних ефектів не спостерігалося.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554).

Реєстр. № 14/6/19 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. Перед перериванням вагітності, шляхом вакуум-аспірації, жінкам з метою профілактики кровотечі призначався транексам по 2 таблетки 3 рази на добу, протягом 2-3 днів.
8. Перевагами використання даного методу є те, що препарат транексам - антифібронолітичний засіб, специфічно інгібує активацію плазминогену в плазмін, внаслідок чого фібрин не руйнується і процес розчинення тромбу сповільнюється. Медична ефективність: призначення транексаму при перериванні вагітності при викидні, що не відбувся профілактує виникнення кровотечі у 98,4% випадків. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я жінки внаслідок зменшення ускладнень, а саме кровотеч, які виникають при перериванні вагітності при викидні, що не відбувся. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на перебування жінок в стаціонарі в разі розвитку ускладнень в післяабортному періоді.
9. Препарат транексам по 2 таблетки 3 рази на добу, протягом 2-3 днів.
10. Викидень, що не відбувся.
11. Підвищена чутливість до препарату, субарахноїдальний крововилив, тяжка ниркова недостатність, судоми в анамнезі.
12. Побічних ефектів не спостерігалося.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-17-39.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0956593554).

Реєстр. № 15/6/19 1. МАРКЕРИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ДИФУЗНИМ ТОКСИЧНИМ ЗОБОМ.

2. НДР «Удосконалення моніторингу акушерської допомоги при ідіоматичному невиношуванні вагітності», 0117U001080, 2017-2021 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Оцінювались показники окисної модифікації білків у вагітних жінок при дифузному

токсичному зобі (ДТЗ). При ДТЗ легкого ступеня на 1 мл крові - 34, 66%, на 1 г білка - 22, 91%; при ДТЗ середнього ступеня на 1 мл крові - 88,43%, на 1 г білка - 42, 29%; при ДТЗ тяжкого ступеня на 1 мл крові - 135, 85%, на 1 г білка - 83,91%. Ріст цих показників прямо пропорційний тяжкості захворювання, активність процесів перекисного окиснення білків у таких жінок більш виражений ніж процеси перекисного окислення ліпідів.

8. Перевагами запропонованого способу є неінвазивність, висока інформативність, доступність, він є важливим критерієм прогнозу перебігу та можливих ускладнень вагітності як для матері, так і для плода.
9. Акушер-гінеколог, лабораторна діагностика.
10. Вагітні жінки із дифузним токсичним зобом.
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. Паєнок О.С., Костів М.О. (0677449292).

Реєстр. № 16/6/19 16. ПРОФІЛАКТИКА СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ.

17. 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», 0117U001075, 2017-2019 рр.
18. Акушерство та гінекологія.
19. 2+,С.
20. Немає.
21. Впроваджено безоплатно в лікувально-профілактичних закладах акушерського профілю.
22. Призначено для профілактики післяпологових гнійно-септичних ускладнень у вагітних, роділь та породіль високого інфекційного ризику. У якості препарату авторами обрано трикомпонентний антисептичний засіб у формі вагінального гелю, до складу якого входять: 0,02% декаметоксин (антисептичний компонент), 0,5% гіалуронова кислота (регенеруючий компонент) та лактатний буфер (регулюючий компонент). Декаметоксин має бактерицидну, фунгіцидну та вірусоцидну дію, активний по відношенню до мікроорганізмів, стійких до антибіотиків. Гіалуронова кислота має регенеруючі та ранозагоювальні властивості. Лактатний буфер відновлює фізіологічний баланс pH, підтримує нормальний склад мікрофлори піхви.
23. Перевагами запропонованого способу є мінімальний ризик побічних ефектів, простота та зручність використання, відсутність протипоказань до застосування, можливість використання при екстрагенітальній патології, відсутність системної дії.
24. Гіалуронова кислота, декаметоксин, вагінальний гель.
25. Вагітні та породіллі з високим інфекційним ризиком (розрив плідного міхура, дисбіоз піхви, запальні зміни в ділянці родових шляхів).
26. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату
27. Не передбачається.
28. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО.
29. Немає.

30. Пирогова В.І., Фейта Ю.Р. (0322757632).

Реєстр. № 17/6/19 1. СПОСІБ ПРИПИНЕННЯ КРОВОТЕЧІ У ПОРОДІЛЛІ ПІД ЧАС КЕСАРЕВА РОЗТИНУ НА ФОНІ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ.

2. НДР «Сучасні технології збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки в умовах зміни структури акушерської та гінекологічної патології», 0117U000266, 2017-2019 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 3,D.
5. Патент України на винахід № 119625. МПК A61B 17/42. Спосіб припинення кровотечі у породіллі під час кесарева розтину на фоні передлежання плаценти / Лакатош В.П., Лакатош П.В., Костенко О.Ю., Антонюк М.І., Купчік В.І.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № a201806096; заявл. 12.11.2018; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб допомагає зменшити інтра- та постопераційну крововтрату при розродженні пацієнток з передлежанням плаценти шляхом накладання компресійного шва на нижній сегмент матки з перев'язкою маткових судин та встановлення маткового катетера у порожнину матки.
8. У результаті лігування маткових артерій під час накладання компресійного шва на нижній сегмент матки та встановлення внутрішньоматкового катетера забезпечується надійний гемостаз, зменшується обсяг крововтрати та ризик масивної маткової кровотечі, попереджуються розлади коагуляції.
9. Акушерське відділення, операційна, стандартне оснащення для проведення кесарського розтину, трубка медична силіконова, тип 1, діаметром 8 х 1,5 мм, хромований кетгут № 2.
10. Лікування жінок із передлежанням плаценти.
11. Немає.
12. Хірургічні ускладнення.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології № 1. м. Київ, б-р Т. Шевченка, 17.
14. Перинатальний центр м. Києва. м. Київ, вул. Предславинська, 9.
15. Лакатош В.П., Лакатош П.В., Костенко О.Ю., Антонюк М.І., Купчік В.І. (0630484921).

Реєстр. № 18/6/19 16. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ГІПОТОНІЧНОЇ КРОВОТЕЧІ ШЛЯХОМ НАКЛАДАННЯ БІЛАТЕРАЛЬНИХ ШВІВ НА ШИЙКУ МАТКИ.

17. НДР «Сучасні технології збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки в умовах зміни структури акушерської та гінекологічної патології», 0117U000266, 2017-2019 рр.
18. Акушерство та гінекологія.
19. 3,D.
20. Патент України на корисну модель № 134740. МПК A61B 17/12 (2006.01). Спосіб лікування ранньої гіпотонічної кровотечі / Слободяник О.Я., Біла В.В, Маланчук О.Б., Загородня О.С., Аскьонова А.В. - № u201807270; заявл. 27.06.2018; опубл.10.06.2019. Бюл. № 11.
21. Немає.

22. Спосіб допомагає зменшити крововтрату при гіпотонії матки за рахунок накладання білатеральних швів на шийку з досягненням ішемії міометрію без порушення відтоку крові з матки.
23. Білатеральне накладання швів є технічно більш простим у виконанні, при порівнянні з циркулярним швом, а також дозволяє більш ефективно досягнути подразнення маткових артерій.
24. Акушерське відділення, стандартне оснащення для післяпологового огляду пологових шляхів, хромований кетгут № 2.
25. Гіпотонічна маткова кровотеча.
26. Немає.
27. Неправильне визначення місця накладання швів, що зменшує ефективність методики та призводить до втрати часу в умовах екстремальної ситуації.
28. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства та гінекології № 1. м. Київ, б-р Т. Шевченка, 17.
29. Перинатальний центр м. Києва. м. Київ, вул. Предславинська, 9.
30. Слободяник О.Я., Біла В.В., Маланчук О.Б., Загородня О.С. (0506873268), Аксьонова А.В.

Реєстр. № 19/6/19 1. АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ ГРУПИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ.

2. НДР «Алгоритм ведення вагітних та породіль групи перинатального ризику», 0115U000907, 2015-2019 рр.
3. Акушерство і гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 103880. МПК (2015.01) A61B 10/00, G01N 33/48 (2006.01). Спосіб визначення ризику розвитку акушерських ускладнень у вагітних з метаболічним синдромом на тлі ожиріння / Диндар О.А., Бенюк В.О.; заявник та патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201504157; заявл. 29.04.2015; опубл. 12.01.2016. Бюл. № 1. Патент України на корисну модель № 104626. МПК (2016.01) A61B 10/00, G01N 33/68
(2006.1) . Спосіб оцінки фетоплацентарного комплексу у вагітних жінок з надлишковою масою тіла і метаболічним синдромом / Диндар О.А., Бенюк В.О.; заявник та патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201507645; заявл. 31.07.2015; опубл. 10.02.2016. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Розроблений алгоритм заходів патогенетично обґрунтований дозволив зменшити вміст імунореактивного інсуліну в 1,2 рази, підвищити індекс інсулінорезистентності в 1,1 рази, знизити рівень загального холестерину в 1,5 рази, Р-ліпопротеїдів та ліпопротеїдів низької щільності у 1,1 рази, тригліцеридів у 1,2 рази, підвищити рівень ліпопротеїдів високої щільності в 1,3 рази, достовірно покращити стан Т- і В-клітинних ланок імунітету, знизити напругу системи гемостазу, знизити на 32,7% рівня розчинного рецептора судинно-ендотеліального фактора росту, що призвело до зростання показників плацентарного фактору росту і судинно-ендотеліального фактору росту, покращити стан ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, зменшити патологічні ехографічні та кардіогемодинамічні зміни стану фетоплацентарного комплексу, покращити показники гормонсинтезуючої функції плаценти і вмісту плацентарних білків у вагітних з метаболічним синдромом.
8. Ефективність і безпечність розробленого алгоритму підтверджено зниженням випадків загрози переривання вагітності в ранні терміни в 1,9 рази, мимовільного

переривання вагітності в 1,6 рази, частоти плацентарної дисфункції в 1,5 рази, загрози передчасних пологів у 1,4 рази, анемії у 1,8 рази, прееклампсії у 1,7 рази, аномалій пологової діяльності та дистресу плода в 1,6 рази, що привело до зменшення частоти оперативного розродження в 1,5 рази. Зменшення кількості новонароджених з асфіксією важкого ступеня в 3,7 рази, постгіпоксичної енцефалопатії в 2,3 рази, перинатальних втрат в 3,7 рази, покращення кількісних і якісних показників грудного молока доводять високу ефективність застосування лікувально-профілактичних заходів.

9. Клінічно-біохімічна лабораторія.
10. Метаболічний синдром у вагітних.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології № 3. м. Київ, вул. В. Кучера, 7.
14. Київський міський пологовий будинок № 3, тел.(044) 405-60-33.
15. Бенюк В.О. (0444056033), Диндар О.А.

Реєстр. № 20/6/19 1. СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ У ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ВАГІТНОСТІ.

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 № 132405. МПК A61B 17/42 (2006.01). Спосіб неінвазивної діагностики хронічного ендометриту у жінок з репродуктивними втратами на етапі підготовки до вагітності / Тарановська О.О., Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Шиманська Я.В.; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. - № u201809443; заявл.19.09.2018; опубл.
   25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Хронічний ендометрит - це клініко-морфологічний синдром, при якому в результаті персистуючого пошкодження ендометрія інфекційним агентом порушується його циклічна біотрансформація, рецептивність слизистої оболонки тіла матки та її здатність до імплантації плідного яйця. Хронічний ендометрит викликає порушення менструального циклу (47%) і репродуктивної функції (67%), непліддя (50-70%), невиношування вагітності (60-80%). Традиційно постановка діагнозу хронічного ендометриту потребує біопсії ендометрія для гістологічного підтвердження діагнозу, а це пов'язане з внутрішньоматковим втручанням. Авторами запропонований неінвазивний спосіб діагностики хронічного ендометриту шляхом визначення концентрації альфа2-мікроглобуліну фертильності в менструальній крові жінки, взятої на 1 -3 день менструального циклу. При зменшенні рівня альфа2- мікроглобуліну фертильності в менструальній крові нижче 16,3±3,9 мкг/мл діагностується хронічний ендометрит.
8. Медичні: зниження ризиків внутрішньоматкових втручань (інфікування, травматичні ушкодження матки) при збереженні високої інформативності діагностики хронічного ендометриту з подальшим адекватним лікуванням цієї патології; соціальні: метод дозволяє достовірно діагностувати хронічний
   ендометрит і своєчасно провести його лікування для відновлення репродуктивної функції жінки і підтримання демографічного потенціалу нації; економічні: зниження

матеріальних витрат на лікування наслідків хронічного ендометриту у вигляді порушень менструального циклу, непліддя та невиношування вагітності.

9. Ложкоподібні гінекологічні дзеркала, пробірки, лабораторне оснащення для проведення імуноферментного аналізу, тест система «АМГФ-Фертитест-М».
10. Жінки з непліддям та репродуктивними втратами в анамнезі.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Тарановська О.О., Ліхачов В.К. (0952212112), Добровольська Л.М., Шиманська ЯВ.

Реєстр. № 21/6/19 1. СПОСІБ ДОКЛІНІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ЗА РІВНЕМ ПРЕПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ.

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 № 132405. МПК A61B 17/42 (2006.01). Спосіб доклінічного прогнозування преекламсії за рівнем преплацентарного кровотоку / Ліхачов В.К., Тарановська О.О., Добровольська Л.М., Ващенко В.Л.; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. - № u201809448; заявл. 19.09.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Основними пусковими механізмами розвитку преекламсії є формування гестаційної ендотеліальної дисфункції на фоні порушення цитотрофобластичної трансформації спіральних артерій матки, розташованих в області плацентарної площадки. З метою з'ясування стану преплацентарного кровотоку в 16-17 тижнів вагітності проводиться вивчення індексу резистентності кровотоку у спіральних артеріях матки. Підвищення індексу резистентності вище 0,45 свідчить про високий ризик розвитку преекламсії та вказує на необхідність застосування щодо вагітної заходів, направлених на попередження виникнення цієї патології.
8. Медичні: спосіб дає можливість рано (в 16-17 тижнів вагітності, задовго до маніфестації гестозу) виявити жінок з високим ризиком виникнення преекламсії і своєчасно призначити їм профілактичні засоби (ацетилсаліцилову кислоту та препарати кальцію); соціальні: метод дозволяє профілактувати формування тяжкої преекламсії, знизити ризик затримки розвитку та дистресу плода, не допустити ураження життєво важливих органів у самої жінки; економічні: зниження матеріальних витрат на лікування наслідків тяжкої преекламсії як у матері, так і у дитини.
9. Сучасний апарат ультразвукової діагностики, на якому є можливість визначати доплерометричним методом рівень кровоплину в басейні фетоплацентарного комплексу (а саме в спіральних артеріях матки).
10. Вагітні групи високого ризику по виникненню преекламсії.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Ліхачов В.К. (0952212112), Тарановська О.О., Добровольська Л.М., Ващенко В.Л.

Реєстр. № 22/6/19

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ НА ТЛІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.
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 № 132405. МПК А61В 17/42 (2006.01). Спосіб хірургічної профілактики неконтрольованої інтраопераційної крововтрати під час кесаревого розтину у жінок групи високого ризику акушерських кровотеч на тлі прееклампсії / Добровольська Л.М., Ліхачов В.К., Шиманська Я.В., Ващенко В.Л.; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. - № u201809450; заявл.19.09.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Для профілактики кровотечі при операції кесаревого розтину у жінок групи високого ризику акушерських кровотеч на тлі прееклампсії, одразу після вилучення дитини вводиться 10 ОД оксітоцину в/в, матка виводиться в рану, атравматичною голкою довжиною 5-7 см з вікриловою лігатурою (№ 0) виконують прокол на лівій бокової стінки матки (в товщу міометрію) на 0,8 см від краю рани та на 1,5 см вище внутрішнього вічка. Потім голка з лігатурою проводиться с переду на задню стінку матки. Зворотнім шляхом голка з лігатурою проводиться крізь безсудинну ділянку широкої зв'язки матки на відстані 1,5-2 см від ребра матки ззаду наперед, таким чином, щоб висхідні гілки маткових судин потрапили в петлю лігатури. Лігатура фіксується. Аналогічно лігуються висхідні гілки маткової артерії на правій стороні матки. Спосіб забезпечує високу ефективність профілактики неконтрольованої акушерської кровотечі під час операції кесаревого розтину при мінімальній кількості швів.
8. Медичні: спосіб дає можливість попередити крововтрату під час кесаревого розтину у жінок групи високого ризику акушерських кровотеч на тлі прееклампсії; соціальні: метод дозволяє, за рахунок уникнення геморагічного шоку, профілактувати формування різноманітної тяжкої патології в подальшому; економічні: зниження матеріальних витрат на лікування наслідків тяжких акушерських крововтрат.
9. Атравматична хірургічна голка, голкотримач, шовний матеріал вікрил (№0).
10. Кесарів розтин у вагітних групи високого ризику акушерських кровотеч на тлі прееклампсії.
11. Обширне варикозне розширення вен матки, що розташовані по ребрах матки.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Добровольська Л.М., Ліхачов В.К. (0952212112), Шиманська Я.В., Ващенко В.Л.

Реєстр. № 23/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ.
2. НДР «Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях», 0117U005253, 20172021 рр.
3. Акушерство.
4. 2+;С.

5. Патент України на корисну модель № 131884. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики ендотеліальної дисфункції у вагітних жінок з ожирінням / Тарасенко К.В., Громова А.М., Нестеренко Л.А. - № u201806198; заявл. 04.06.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики ендотеліальної дисфункції у вагітних жінок з ожирінням, що включає оцінку кількісного показника окислювальної модифікації протеїнів в сироватці крові, та відрізняється тим, що для діагностики ендотеліальної дисфункції використовується збільшення кількісного показника окислювальної модифікації протеїнів в сироватці крові.
8. Можливість підвищення ступеня ефективності діагностики ендотеліальної дисфункції у вагітних жінок з ожирінням, створення можливостей прогнозування темпів розвитку патології, обґрунтування принципів її профілактики та терапії, попередження розвитку акушерських та перинатальних ускладнень та обтяжуючої супутньої патології.
9. Центрифуга, піпеткові дозатори, набір реактивів для визначення окислювальної модифікації протеїнів в сироватці крові, спектрофотометр.
10. Діагностики ендотеліальної дисфункції у вагітних жінок з ожирінням.
11. Для визначення окислювальної модифікації протеїнів в сироватці крові не використовувати плазму з гемолізом та цитратну плазму.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Тарасенко К.В. (0999496745), Громова А.М., Зелінка-Хобзей М.М.

Реєстр. № 24/6/19 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.
3. Гінекологія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 130646. МПК A61K 31/00, A61K 36/00, A61P 15/00. Спосіб корекції сексуальної дисфункції у жінок репродуктивного віку з постгістеректомічним синдромом / Семенюк Л.М., Дем'яненко Л.В., Яроцька К.М.. - № u201802357; заявл. ; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Не дивлячись на прогрес медицини, видалення матки у жінок репродуктивного віку залишається однією із найбільш поширених гінекологічних операцій. Гістеректомія може негативно вплинути на якість життя та здоров'я жінки, бути причиною сексуальної дисфункції у молодому віці. Постгістеректомічний синдром (ПІ С) - клінічний симптомокомплекс, що розвивається після гістеректомії із збереженням одного або двох яєчників, та характеризуються психовегетативними та метаболічними порушеннями. Код за МКХ 10 №5.3:стани, пов'язані з штучно викликаною постменопаузою. У даний час відзначається тенденція до «омолодження» віку гісттеректомій - з 45 до 39-42-х років. ПГС різко знижує якість життя жінки. Клініка ПГС включає в себе нейровегетативні, психоемоційні і обмінно-ендокринні порушення в результаті гіпоестрогенії через порушення кровопостачання, іннервації і функції яєчників. Урогенітальні розлади при ПГС пов'язані з підвищенням ph середовища в піхві внаслідок естрогенового дефіциту, що клінічно характеризується почуттям подразнення, свербіння, дискомфорту, що в

свою чергу підвищує ризик подальшого інфікування. Якщо в процес втягується тканина уретри, з'являються відчуття печіння, нетримання сечі, постійний дискомфорт протягом доби. Ризик раннього пролапсу геніталій у жінок з ПГС вищий у порівняно зі здоровими однолітками. Беручи до уваги раннє формування у жінок із ПГС метаболічних порушень з кардіоваскулярними ризиками, інсулінорезистентністю, ожирінням, остеопорозом, стає зрозумілим актуальність вивчення даного завдання охорони здоров'я. В основу способу поставлено задачу удосконалити спосіб корекції сексуальної дисфункції у жінок репродуктивного віку з постгістеректомічним синдромом шляхом поєднаного застосування ткане селективного модулятора естрогенової активності - тіболону та рослинного препарату трібестану.

8. Впровадження дозволяє досягти покращення стану слизових оболонок урогенітального тракту, відсутності депресивних розладів, пов'язаних із гормональним дефіцитом, запобігти ранній маніфестації остеопорозу та покращити регенераційний потенціал кісток; соціальний ефект: відновлення та збереження сексуальної функції; економічний ефект: зниження матеріальних витрат на лікування переломів, збереження працездатності жіночого населення репродуктивного віку після оперативного видалення матки.
9. Кадрові ресурси: лікар акушер-гінеколог, лікар сімейної практики. Лікарські засоби: 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. Сексуальна дисфункція у жінок з постгістеректомічним синдромом.
11. Непереносимість компонентів препаратів. Для тиболону - 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, порфирія, 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. 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Семенюк Л.М. (0442545462), (0442536628), Дем'яненко Л.В., Яроцька К.М.

Реєстр. № 25/6/19 1. СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ РЕЦЕПТОРІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ПАЦІЄНТОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МАТКИ.

2. НДР «Експериментальне обґрунтування та клінічне застосування біотехнологічних препаратів у відновленні фертильності у пацієнток репродуктивного віку при ендоскопічному лікуванні матки та додатків», 0118U000316, 2018-2022 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 109874. МПК (2016.01) A61H 39/00, A61K 35/50 (2015.01), A61P 5/00. Спосіб відновлення рецепторів ендометрія у пацієнток, що перенесли запальні захворювання матки / Козуб М.М., Ладна І.Д., Козуб М.І.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № u201602905; заявл. 22.03.2016; опубл. 12.09.2016. Бюл. № 17.
6. Немає.

7. Спосіб відновлення рецепторів ендометрія у пацієнток, що перенесли запальні захворювання матки, який здійснюють шляхом введення препарату. Вводять препарат кріоекстракт плаценти № 7 по 0,2 мл у точки акупунктури, при цьому використовують 1 -3 точки живота, 2-4 точки попереково-крижової області, 1 симетричну точку - на нижніх кінцівках для посилення дії сегментарних точок на животі і попереку.
8. Спосіб дозволяє відновити фізіологічну діяльність гіпоталамо-гіпофізарно- яєчникової системи, досягається реконструкція de novo ендометрія та його рецепторів до естрадіолу та прогестерону
9. Кріоекстракт плаценти.
10. Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до акушерства та гінекології, і може бути використана для відновлення рецепторів ендометрія у пацієнток, що перенесли запальні захворювання статевих органів та видалення маткових труб з приводу трубної вагітності перед проведенням у них програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Немає.
15. Козуб М.М., Ладна І.Д., Козуб М.І. (0506885684).

Реєстр. № 26/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПАЦІЄНТОК З ТРУБНОЮ ВАГІТНІСТЮ.

2. НДР «Експериментальне обґрунтування та клінічне застосування біотехнологічних препаратів у відновленні фертильності у пацієнток репродуктивного віку при ендоскопічному лікуванні матки та додатків», 0118U000316, 2018-2022 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114968. МПК (2006) A61B 17/00, A61B 17/03 (2006.1) , A61N 1/00, A61K 31/728 (2006.01). Спосіб профілактики спайкового процесу та реабілітації репродуктивної функції пацієнток з трубною вагітністю / Козуб М.М., Козуб М.І.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № u201610714; заявл. 25.10.2016; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики спайкового процесу та реабілітації репродуктивної функції пацієнток з трубною вагітністю, при якому для розтину маткової труби використовують радіохвильову енергію та протиспайкову терапію. У черевну порожнину вводять 50 мл гіалуронату натрію з декаметоксином у післяопераційному періоді здійснюють в/м введення кріоекстракту плаценти № 5.
8. Використання в способу дозволяє забезпечити найбільший вплив на складові розвитку спайкового процесу, відновлення цілісності та функціональної повноцінності оперованої маткової труби.
9. Гіалуронат натрію з декаметоксином, кріокстракт плаценти.
10. Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до акушерства і гінекології.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

14. Немає.
15. Козуб М.М., Козуб М.І. (0506885684).

Реєстр. № 27/6/19 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІСЛЯ НЕВДАЛОЇ СПРОБИ НАКЛАДАННЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА НА ШИЙКУ МАТКИ ТРАНСВАГІНАЛЬНИМ ДОСТУПОМ.

2. НДР «Сучасні технології в діагностиці та лікуванні порушень репродуктивної функції», 0118U000935, 2017-2019 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131938. МПК A61B 17/42 (20006.01) Спосіб хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності після невдалої спроби накладання циркулярного шва на шийку матки трансвагінальним доступом / Щербина М.О., Ліпко О.П., Щербина І.М., Диннік О.О.; заявник і патентовласник ХНМУ - № u201807647; заявл. 09.07.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності шляхом накладання циркулярного шва на шийку матки за допомогою шовного матеріалу. Surgical correction of isthmic-cervical insufficiency by imposing a circular suture on the cervix using suture material.
7. Спосіб хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності включає накладання циркулярного шва на шийку матки за допомогою шовного матеріалу. Після невдалої спроби накладання циркулярного шва на шийку матки трансвагінальним доступом виконують лапароскопію, за допомогою лапароскопічних ножиць проводять відсепарування міхурово-маткової складки для візуалізації перешийку матки та маткових артерій, в якості шовного матеріалу для циркулярного шва використовують 5-мм мерсиленову стрічку, вкол голками проводять вище кардинальних і крижово-маткових зв’язок медіальніше маткових судин ззаду допереду з обох боків, лігатуру щільно притискають до задньої поверхні матки та після відрізання голок кінці стрічки зв’язують між собою спереду, міхурово-маткову складку відновлюють шляхом її ушивання монокрилом.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування. Соціальні - зростання народжуваності, зниження дитячої смертності. Економічні - зниження витрат на лікування (вартість сурогатного материнства складає біля 1040000 грн., у той же час при використанні запропонованого методу лікування в середньому у післяопераційному періоді складає 5 днів, і коштує 1100 грн. на день, а вартість медикаментів - 3900 грн.); таким чином, економічний ефект складає приблизно 1030600 грн. на 1 пацієнтку
9. 5-мм мерсиленова стрічка.
10. Істміко-цервікальна недостатність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Щербина М.О., Ліпко О.П., Щербина І.М., Диннік О.О. (0505938542).

Реєстр. № 28/6/19

1. СПОСІБ ПОДВІЙНОЇ ТАМПОНАДИ ПРИ НИЖНЬОСЕГМЕНТАРНІЙ МАТКОВІЙ КРОВОТЕЧІ.

2. НДР «Сучасні технології в діагностиці та лікуванні порушень репродуктивної функції», 0118U000935, 2017-2019 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128836. МПК A61B 17/00 (2018.01) Спосіб подвійної тампонади при нижньосегментарній матковій кровотечі / Щербина М.О., Ліпко О.П., Щербина І.М., Курічова Н.Ю.; заявник і патентовласник ХНМУ - № u201803907; заявл. 11.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Спосіб зупинки плацентарної нижньосегментарної післяпологової кровотечі шляхом подвійної тампонади. Method of stopping placental lower-segmental postpartum bleeding by double tamponade.
7. Спосіб зупинки плацентарної нижньосегментарної післяпологової кровотечі, який включає призначення окситоцину 10 Од/500 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно із швидкістю 60 крапель / хвилину, при цьому інфузію окситоцину виконують в перебігу 24 годин, пабал 100 мкг внутрішньовенно за 1 хвилину, зовнішній масаж матки, ручне обстеження порожнини матки та стискання судин матки за допомогою балонування, який відрізняється тим, що для подвійної тампонади через шийку в порожнину матки вводять катетер Фолея латексний 2- ходовий (Fr26) таким чином, щоб балон був розташований на рівні нижнього сегменту матки, балон роздувають за допомогою введення стерильного фізіологічного розчину температурою 36-37°С у кількості 50,0 мл, після цього у піхву вводять стерильну рукавичку, яку також заповнюють стерильним фізіологічним розчином температурою 36-37°С у кількості 250,0 мл, через 24 години після пологів балон поступово звільняють від фізіологічного розчину, катетер та рукавичку видаляють.
8. Медичні - створено спосіб зупинки плацентарної нижньосегментарної післяпологової кровотечі шляхом подвійної тампонади. Соціальні - покращення якості життя, за рахунок відсутності оперативних втручань. Економічні - зниження витрат на лікування породіллі з нижньосегментарною післяпологовою кровотечею за допомогою подвійної тампонади катетером Фолея на 7950 грн. (вартість медикаментів для оперативного втручання складає 2900 грн., а стаціонарне лікування в середньому у післяопераційному періоді складає 10 днів і коштує 1231 грн. на день; у той же час при використанні запропонованого методу стаціонарне лікування в середньому у післяопераційному періоді складає 5 днів, а вартість медикаментів - 1210 грн.); таким чином, економічний ефект складає приблизно 7950 грн. на 1 пацієнтку.
9. Пабал, окситоцин, фізіологічний розчин, катетер Фолея, стерильна рукавичка.
10. Нижньосегментарна післяпологова маткова кровотеча.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Щербина М.О., Ліпко О.П., Щербина І.М., Курічова Н.Ю. (0577120082).

Реєстр. № 29/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РОЗВИТКУ ПІЗНЬОГО ГЕСТОЗУ.

2. НДР «Порушення жіночої репродуктивної системи та їх корекція», 0114U003395, 2014- 2016 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+,С.

5. Патент України на винахід № 115009 С2. МПК G01N 33/48 (2006.01), A61B 5/02 (2006.1) Спосіб діагностики розвитку пізнього гестозу / Щербина М.О., Ліпко О.П., Щербина І.М., Скорбач О.І.; заявник і патентовласник ХНМУ - № а201611212; заявл. 07.11.2016; опубл. 28.08.2017. Бюл. № 16.
6. Спосіб діагностики розвитку пізнього гестозу, включає моніторинг артеріального тиску; при достовірному підвищенні артеріального тиску у порівнянні з попередніми значеннями додатково визначають рівень плацентарного фактора росту (ПФР), плацентарного протеїну (ПП) та ендогліну і при реєстрації зниження рівня ПФР та ПП з одночасним підвищенням рівня ендогліну діагностують розвиток пізнього гестозу.
7. Спосіб включає моніторинг артеріального тиску, і при достовірному підвищенні артеріального тиску у порівнянні з попередніми значеннями додатково в сироватці крові вагітної методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням тест-систем на напівавтоматичному мікрострикoвому аналізаторі визначають рівні плацентарного фактора росту (ПФР), плацентарного протеїну (ПП) та ендогліну. При реєстрації зниження рівнів ПФР та ПП з одночасним підвищенням рівня ендогліну діагностують розвиток пізнього гестозу.
8. Медичні - оптимізація діагностики розвитку пізнього гестозу. Соціальні - зниження інвалідизації вагітних жінок, зниження дитячої смертності. Економічні - зниження витрат на лікування вагітних (перебування в стаціонарі з цією патологією 3000 грн./день) та немовлят (лікування в реанімаційному відділенні 8000 грн./день), скорочення тривалості перебування у стаціонарі; економічний ефект складає приблизно 120000 грн. на 1 пацієнтку.
9. Тест-системи, напівавтоматичний мікрострикoвий аналізатор.
10. Артеріальна гіпертензія у вагітних жінок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Щербина М.О., Ліпко О.П, Щербина І.М., Скорбач О.І. (0509089179).

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

Реєстр. № 30/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КИСНЕВО-ТРАНСПОРТНОЇ ЕНЕРГОСТРУКТУР- НОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЯК ПРЕДИКТОРА ІШЕМІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИТИЧНОМУ СТАНІ.
2. НДР «Профілактика, діагностика і лікування неспецифічних гнійно-запальних захворювань легень та плеври», 0116U005354, 2016-2020 рр.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115256. МПК A61B 5/00, G01N 33/49 (2006.1) . Спосіб визначення киснево-транспортної енергоструктурної недостатності / Шифрін Г.А., Бойцова О.М., Серіков К.В.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201610595; заявл. 20.10.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб визначення киснево-транспортної енергоструктурної недостатності (КТЕСН), як предиктора ішемічного пошкодження організму хворих, що перебувають у критичному стані шляхом оцінки частоти серцевих скорочень (ЧСС,

за хв.), ударного об'єму серця (УОС, мл.) та насичення киснем артеріальної крові (SaO_2, %), який відрізняється тим, що додатково визначають площу поверхні тіла (ПТ), концентрацію гемоглобіну крові (Hb, гхл$^{-1}$), насичення киснем венозної крові (SvO_2, %), артеріо-венозну різницю вмісту кисню крові, що задовольняє енергетичні потреби організму (Сх, мл^{х}л$^{-1}$) та фактор компенсації енергоструктурної потреби в транспорті кисню (Qx).

Рівень потреби споживання кисню визначають (пУ02):

$$пVO_2 = ((ЧСС\ X\ УОС\ /\ ПТ)\ /\ 1000)\ x\ Сх,\ млхxв^{-1}хм^{-2},$$

Поточний рівень споживання кисню оцінюють (VO_2):

$$VO_2 = ((ЧССхУОС/ПТ)\ /\ 1000)\ x\ 1{,}34\ x\ Hb\ X\ (SaO_2\text{-}SvO_2),\ млхxв^{-1}хм^{-2},$$

І якщо $пVO_2$ / VO_2 > 1, то має місце киснево-транспортна енергоструктурна недостатність, яка характеризується ішемічним пошкодженням організму хворих, що перебувають у критичному стані, виразність якої визначається:

КТЕСН = (hV02 / VO_2 - 1) x 100, %.

8. Підвищення ефективності анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії згідно з киснево-транспортними потребами організму критичних хворих.
9. Комплекс реографічний комп'ютерний, автоматичний аналізатор газів крові, електролітів та метаболітів.
10. Розрахунок адекватної кількості препаратів для анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії згідно з киснево-транспортними потребами організму критичних хворих.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69; кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії, тел. (0612) 33-29-28.
14. Немає.
15. Шифрін Г А., Бойцова О.М., Серіков К.В. (0974765798).

Реєстр. № 31/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНО-МІТОХОНДРІАЛЬНОЇ ЕНЕРГОСТРУКТУРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЯК ПРЕДИКТОРА ЕНЕРГЕТИЧНИХ ТА КИСНЕВИХ ПОТРЕБ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИТИЧНОМУ СТАНІ.
2. НДР «Профілактика, діагностика і лікування неспецифічних гнійно-запальних захворювань легень та плеври», 0116U005354, 2016-2020 рр.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 115257. МПК A61B 5/00, G01N 33/49 (2006.1) . Спосіб визначення мікроциркуляторно-мітохондріальної енергоструктурної недостатності / Шифрін Г.А., Бойцова О.М., Серіков К.В.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201610597; заявл. 20.10.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб визначення мікроциркуляторно-мітохондріальної енергоструктурної недостатності (ММЕСН), як предиктора енергетичних та кисневих потреб організму хворих, що перебувають у критичному стані шляхом оцінки серцевого індексу (СІ, лxxв$^{-1}$хм$^{-2}$), який відрізняється тим, що додатково визначають концентрацію гемоглобіну крові (Hb, гхл$^{-1}$), вміст кисню в артеріальній крові (CaO_2, млхл$^{-1}$), вміст кисню в венозній крові (^O_2, млхл$^{-1}$) та артеріо-венозну різницю вмісту кисню крові, що задовольняє енергетичні потреби організму (Сх, млхл$^{-1}$).

Рівень потреби споживання кисню визначають (пУ02):

гїУОг = СІ ^{x} C_x, мл^{x}хв$^{-1}$хм'^{2}

Поточний рівень споживання кисню оцінюють (VO_2):

VO_2 = СІ х 1,34 х Hb х (СаО2-СvО2), млххв$^{-1}$хм'^{2},

де:

1,34 - константа Гюфнера.

І якщо HVO_2 > VO_2, то має місце ММЕСН, яка характеризується підвищеними енергетичними та кисневими потребами організму хворих, що перебувають у критичному стані, виразність якої визначається:

ММЕСН = (hV02 - VO_2) / HVO_2 х 100, %.

8. Підвищення ефективності анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії згідно з енергетичними та кисневими потребами організму критичних хворих.
9. Комплекс реографічний комп'ютерний, автоматичний аналізатор газів крові, електролітів та метаболітів.
10. Розрахунок адекватної кількості препаратів для анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії згідно з енергетичними та кисневими потребам організму критичних хворих.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69; кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії, тел. (0612) 33-29-28.
14. Немає.
15. Шифрін Г А., Бойцова О.М., Серіков К.В. (0974765798).

Реєстр. № 32/6/19 31. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГАЗОВИХ МЕДІАТОРІВ ОКСИДУ АЗОТУ ТА СІРКОВОДНЮ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ТЯЖКОСТІ І ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ПОЛІТРАВМИ.

32. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти анестезіологічного забезпечення оперативних втручань та інтенсивної терапії у хворих з порушенням гомеостазу», 0115U000049, 2015- 2019 рр.
33. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
34. 2+,С.
35. Немає.
36. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних), що мають структурні підрозділи анестезіології та інтенсивної терапії.
37. При госпіталізації пацієнту проводять визначення в сироватці крові вмісту сірководню (^S), оксиду азоту (NO) та його окиснених продуктів (NOx), як додатковий метод обстеження. Наступний лабораторний аналіз береться через 24 години після госпіталізації. При достовірному зниженні від норми значень NO та його окиснених продуктів NOx при госпіталізації до 0,35±0,02 і 1,71±0,08 ммоль/л, діагностується тяжка полі травма. Середньотяжка політравма діагностується, коли вміст оксиду азоту достовірно знижений (0,34±0,02 ммоль/л), а рівень окиснених продуктів близький до норми (2,37±0,16 ммоль/л). Зростання вмісту ^S та зниження NO характеризують ранній гострий період політравми загалом, тоді як вміст NOx відображає тяжкість первинної травми.
38. Технологічно нескладна процедура лабораторного визначення сірководню (Н^), оксиду азоту (NO) та його окиснених продуктів (NOx) в сироватці крові може служити вірогідним критерієм для покращення ранньої діагностики та встановлення

об’єктивного прогнозу тяжкості її перебігу, може використовуватись для проведення моніторингу гострого періоду політравми та дасть можливість попередити розвиток поліорганної недостатності.

39. Лабораторні дослідження.
40. Хворі з політравмою.
41. Немає.
42. Не передбачається, побічних ефектів не виявлено.
43. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 275-76-12, кафедра хірургічної стоматології та ЩЛХ.
44. Немає.
45. Матолинець Н.В. (0322249441).

Реєстр. № 33/6/19 1. СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛОКАЛІЗОВАНИХ АДЕНОМАХ ПРИЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ.

2. НДР «Прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень в хірургічному лікуванні захворювань щитоподібної, прищитоподібних та надниркових залоз для скорочення термінів перебування пацієнтів у стаціонарі», 0117U003037.
3. Анестезіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136623. МПК A61K 45/00, A61M 16/06 (2006.1) , A61P 23/00. Спосіб анестезіологічного забезпечення оперативного втручання при локалізованих аденомах прищитоподібних залоз / Тарасенко С.О., Руденко В.Л., Дубров С.О., Паламарчук В.О., Товкай О.А., Єфімова О.О.. - № u201902540; заявл. 15.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб анестезіологічного забезпечення оперативного втручання при локалізованих аденомах прищитоподібних залоз, при якому виконують премедикаційний багатокомпонентний комплекс із застосування дексаметазону і декскетопрофену з індукцією анестезії знеболюючими препаратами, білатеральною блокадою поверхневого шийного сплетення бупівакаїном та подальшим встановленням ларингеальної маски для штучної вентиляції легень (ШВЛ) з протекцією дихальних шляхів та підтримкою анестезії знеболюючими препаратами, який відрізняється тим, що при проведенні премедикаційного багатокомпонентного комплексу додатково внутрішньовенно застосовують парацетамол - 1000 мг та ондасетрон - 8 мг, а декскетопрофен вводять на 2% розчині лідокаїну, при виконанні білатеральної блокади бупівакаїном як ад’ювант додають дексаметазон, виконують преоксигенацію 100% киснем 3-4 хв. та зрошування ротової порожнини 10% розчином лідокаїну з індукцією анестезії та встановлюють ларингеальну маску; оперативне втручання виконують в умовах загальної анестезії із ШВЛ з подальшою підтримкою за допомогою безперервної інфузії пропофолу зі швидкістю 10-6 мг/кг/год., за схемою «stepdown regime».
8. Застосування способу приводить до повної відмови від наркотичних анальгетиків, зокрема морфію, для премедикації та в післяопераційному періоді; сприяє ранній активації пацієнтів в післяопераційному періоді знижується частота нудоти та блювання, скорочується час перебування в палаті післяопераційного догляду, скорочує тривалість стаціонарного лікування хворих на 2-3 доби.
9. Стерильні умови, 0,5% розчин бупівакаїну, стерильний шприц, асептична пов’язка.
10. Оперативні втручання з видалення локалізованих аденом прищитоподібних залоз.

11. Відмова пацієнта; рани в ділянці ін'єкції; коагулопатія.
12. Пункція судин; потрапляння анестетика в кровоносне русло; блокада глибокого шийного сплетення.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Паламарчук В.О., Товкай О.А., Войтенко В.В., Кунатовский М.В., Руденко В.Л., Єфімова О.О. (0442545462).

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Реєстр. № 34/6/19

1. ОПТИМІЗАЦІЯ АНТІХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАНЯМИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.
2. НДР «Клініко-морфологічні і лабораторні аспекти діагностики та лікування хвороб органів травлення», 0119U101681, 2019-2022 рр.
3. Гастроентерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб лікування хворих на гастродуоденальну патологію з інфекцією Helicobacter pylori, що включає застосування інгібітору протонної помпи (Пульцет), Амоксициліну, Кларитроміцину (Клабел), пробіотику - Sa^haromyces boulardii, препарату колоїдного вісмуту субцитрату на протязі 14 днів.
8. Медичні - спричиняє високий рівень ерадикації (92,3%) та зменшує частоту побічних ефектів від антихелікобактерної терапії. Соціальні - покращує якість життя пацієнтів. Економічні - зменшує тривалість непрацездатності пацієнтів.
9. Лікар (гастроентеролог, терапевт, сімейний лікар); препарати - інгібітор протонної помпи (Пульцет), Амоксицилін, Кларитроміцин (Клабел), пробіотик - Saccharomyces boulardii, препарат колоїдного вісмуту субцитрату.
10. Гастродуоденальна патологія, асоційована з інфекцією Helicobacter pylori.
11. Індивідуальна непереносимість вказаних препаратів.
12. Алергічні реакції (уточнення алергічного анамнезу до початку розробки).
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державна установа «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України».
15. Степанов Ю.М., Кононов І.М. (0500567842), (0967279060).

Реєстр. № 35/6/19 16. ЗАСТОСУВАННЯ ГЛІЦИРРИЗИНОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ.

17. НДР «Клініко-морфологічні і лабораторні аспекти діагностики та лікування хвороб органів травлення», 0119U101681, 2019-2022 рр.
18. Гастроентерологія.
19. 2+,С.
20. Немає.

21. Немає.
22. Спосіб лікування хронічних захворювань печінки, з урахуванням сучасного погляду на фіброгенез, із застосуванням гліцирризинової кислоти у вигляді препарату Гепаризин по 40 мл шляхом внутрішньовенної інфузії один раз на добу протягом 14 днів.
23. Медичні - позитивний вплив на динаміку клінічних проявів, зниження активності запального процесу в печінці і показників холестазу у всіх пацієнтів. Соціальні - покращення якості життя пацієнтів. Економічні - зменшення тривалості непрацездатності пацієнтів.
24. Лікар (гастроентеролог, терапевт, сімейний лікар); препарат - гліцирризинова кислота (Гепарізин).
25. Хронічні захворювання печінки.
26. Індивідуальна непереносимість або підвищена чутливість до гепарізину
27. Немає (при дотриманні правил призначення терапії).
28. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
29. Державна установа «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України».
30. Степанов Ю.М., Саленко А.В. (0500567842), (0967279060).

Реєстр. № 36/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ.

2. НДР «Перебіг та лікування захворювань шлунково-кишкового тракту в умовах впливу модифікуючих чинників та поєднаної патології», 0108U003987, 2017-2021 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 136801. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на гастроезофагальну рефлюксну хворобу / Міщук В.Г., Ромаш І.Б. - № а201807070; заявл. 23.06.2018; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих на гастроезофагальну рефлюксну хворобу шляхом оцінки фенотипічних ознак, проведенні загально-клінічних та ендоскопічних обстежень, який відрізняється тим, що в сироватці крові та добовій порції сечі, додатково визначають специфічний біохімічний маркер пошкодження сполучної тканини - гідроксипролін.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу діагностики синдрому НДСТ у пацієнтів з ГЕРХ з метою забезпечення раннього виявлення факторів ризику за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики ГЕРХ, визначенням додаткового лабораторного показника - маркера метаболізму сполучної тканини - гідроксипроліну - одночасно у добовій порції сечі та сироватці крові.
9. 5% розчин парадиметиламінобензальдегіду (Реактив Ерліха), 3 н. розчин сульфатної кислоти, 6% розчин гідрогену пероксиду, 2,5 н. розчин натрію гідроксиду, 0,05М. розчин купруму сульфату, стандартний розчин гідроксипроліну - 10 мкг/мл, водяна баня, ФЕК, мірні піпетки, лійка, фільтрувальний папір.
10. Рання діагностика синдрому НДСТ у пацієнтів з ГЕРХ.

11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних середників.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини та кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.
14. Немає.
15. Міщук В.Г., Ромаш І.Б. (0976433861).

Реєстр. № 37/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ІМУНО-ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ.

2. НДР «Захворювання внутрішніх органів у сучасних умовах, за поєднаної патології та ураження органів-мішеней: особливості перебігу, діагностики та лікування», 0115U000995, 2015-2020 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Подано заявку на патент України на корисну модель № u202000471 «Спосіб прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки за показником резистину» / Вірстюк Н.Г., Федоров С.В., Матковська Н.Р.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики ендогенної інтоксикації та імуно-запальної реакції у хворих на алкогольний цироз печінки шляхом оцінки вмісту резистину, фактору некрозу пухлин-а, лейкоцитарного індексу інтоксикації та сорбційної здатності еритроцитів поряд із вивченням загальноклінічних, біохімічних та імуноферментних досліджень.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу діагностики ендогенної інтоксикації та імуно-запальної реакції у хворих на алкогольний цироз печінки з метою прогнозування несприятливого перебігу захворювання за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко- лабораторної та інструментальної діагностики алкогольного цирозу печінки додатковим визначенням вмісту резистину, фактору некрозу пухлин-а, лейкоцитарного індексу інтоксикації та сорбційної здатності еритроцитів.
9. Набір Resistin Human ELISA (Biovendor, Чехія), Human TNF-alpha High Sensitivity ELISA (Biovendor, ЧЄХІЯ), 0,025% розчин метиленової синьки.
10. Алкогольний цироз печінки.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування наборів та вказаного середника.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра терапії і сімейної медицини ННІПО, кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені проф. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Федоров С.В., Матковська Н.Р. (0506655067).

Реєстр. № 38/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ.

2. НДР «Захворювання внутрішніх органів у сучасних умовах, за поєднаної патології та ураження органів-мішеней: особливості перебігу, діагностики та лікування», 0115U000995, 2015-2020 рр.

3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Подано заявку на патент України на корисну модель № u202000679. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки за показниками ліпідного профілю / Вірстюк Н.Г., Матковська Н.Р., Скрипник Л.М.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у хворих з ожирінням за показниками ліпідного профілю шляхом оцінки вмісту лептину та адипонектину поряд із загальноклінічним, біохімічним та імуноферментним дослідженням.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у хворих з ожирінням за показниками ліпідного профілю з метою покращення діагностики різних стадій алкогольного цирозу печінки для прогнозування несприятливого перебігу хвороби за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики алкогольного цирозу печінки додатковим визначенням вмісту лептину та адипонектину.
9. Набір Leptin Human ELISA (Biovendor, Чєхія), Human Adiponectin ELISA kit (Biovendor, Чехія).
10. Алкогольний цироз печінки.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних наборів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра терапії і сімейної медицини ННІПО, кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені проф. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Матковська Н.Р, Скрипник Л.М. (0506655067).

Реєстр. № 39/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ.

2. НДР «Захворювання внутрішніх органів у сучасних умовах, за поєднаної патології та ураження органів-мішеней: особливості перебігу, діагностики та лікування», 0115U000995, 2015-2020 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Подано заявку на патент України на корисну модель № u202000681. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки за рівнем лептину та показниками вуглеводного обміну / Вірстюк Н.Г., Матковська Н.Р
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у хворих з ожирінням за показниками вуглеводного обміну шляхом оцінки вмісту імунореактивного інсуліну, лептину, HOMA-IR та індексу QUICKI поряд із загальноклінічним, біохімічним та імуноферментним дослідженням.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу прогнозування несприятливого перебігу алкогольного цирозу печінки у хворих з ожирінням за показниками вуглеводного обміну з метою

покращення діагностики різних стадій алкогольного цирозу печінки для прогнозування несприятливого перебігу хвороби за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики алкогольного цирозу печінки додатковим визначенням вмісту імунореактивного інсуліну, лептину, HOMA-IR та індексу QUICKI.

9. Набір Leptin Human ELISA (Biovendor, Чєхія), індекс HOMA-IR розраховували за формулою HOMA-IR = (глікемія натще, ммоль/л*інсулін натще (мкОд/л))/22,5), для оцінки індексу QUICKI використовували калькулятор за посиланням: www.mdapp.co/insulin-sensitivity-quicki-calculator-324.
10. Алкогольний цироз печінки.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаного набору, формули для HOMA-IR та калькулятора для оцінки індексу QUICKI.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра терапії і сімейної медицини ННІПО, кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені проф. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Матковська Н.Р (0506655067).

Реєстр. № 40/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.
2. НДР «Захворювання внутрішніх органів у сучасних умовах, за поєднаної патології та ураження органів-мішеней: особливості перебігу, діагностики та лікування», 0115U000995, 2015-2020 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики перебігу хронічного некаменевого холециститу у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки та стабільною ішемічною хворобою серця шляхом проведення загально-клінічних та лабораторно-інструментальних обстежень, який відрізняється тим, що в сироватці крові визначають специфічний показник - холецистокінін - панкреозимін.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу діагностики хронічного некаменевого холециститу у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки та стабільною ішемічною хворобою серця з метою забезпечення раннього виявлення факторів ризику за рахунок доповнення загальноприйнятої клініко-лабораторної та інструментальної діагностики хронічного некаменевого холециститу шляхом визначенням додаткового лабораторного показника - холецистокініну - панкреозиміну у сироватці крові.
9. Набір реактивів фірми Peninsula Laboratories Inc (США) для визначення вмісту холецистокініну-панкреозиміну імуноферментним методом
10. Діагностика хронічного некаменевого холециститу у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки та стабільною ішемічною хворобою серця.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних середників.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені проф. М.М. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Вацеба Б.Р. (0966559719).

Реєстр. № 41/6/19

1. СПОСІБ ПРЕВЕНТИВНОЇ БАЛЬНЕОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЛАТЕНТНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.
2. НДР «Обґрунтування можливостей немедикаментозної корекції функціонально-метаболічних порушень у хворих з гастроентерологічною коморбідною патологією на фоні цукрового діабету», 0117U000870.
3. Гастроентерологія. Фізіотерапія. Сімейна медицина - загальна практика.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126824. МПК (2018.01) A61B 5/00, G01N 33/49 (2006.01), G01N 33/493 (2006.01). Спосіб скринінгової діагностики функціонального стану органів травлення і нирок / Лемко І.С., Гайсак М.О., Дичка Л.В., Кудик В.Г.. - № u201800244; заявл. 09.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Метаболічний ацидоз (МА) у хворих на цукровий діабет (ЦД) належить до найбільш частих системних ускладнень захворювання і одночасно патогенетичною основою формування і прогресування коморбідних станів. При цьому МА може бути компенсований завдяки активації механізмів різних рівнів, які реалізуються, головним чином, нирками через збільшення секреції Н+-іонів і реабсорбцію HCO_3', і тривалий час запобігають прогресуванню клінічно значимих змін кислотно-лужної рівноваги організму. Раннє виявлення субклінічних проявів МА та їх корекція, зокрема із застосуванням олужнюючих ефектів природних мінеральних вод (МВ), дозволяють запобігти виснаженню компенсаторних механізмів МА і зменшити ризик формування і прогресування системних ускладнень захворювання. Найбільшу діагностичну значимість у виявленні порушень ниркових механізмів компенсації МА та виборі тактики олужнюючої терапії мають наступні показники: рівень сечової екскреції амонію; величина титраційної кислотності (ТК) сечі; діапазон добових коливань pH сечі. У відповідності до розробленого способу проводять фракційне дослідження сечі в міжтравний період і через 60 та 120 хвилин після стандартного харчового навантаження. В кожній порції сечі визначають величину pH, сечової екскреції амонію і ТК. Залежно від особливостей порушень ниркових механізмів компенсації МА запропонований персоніфікований підхід до методики його превентивної бальнеологічної корекції. При порушенні ниркових механізмів компенсації МА (рівень сечової екскреції аміаку >80 ммоль/л, ТК >1,0 ммоль/л), ізоацидурії - pH <6,5, зменшенні діапазону добових коливань pH сечі менше 0,5 одиниць) показані гідрокарбонатні натрієві МВ із загальною мінералізацією більше 5000 мг/л. При напруженні компенсаторних механізмів МА (незначне підвищення сечової екскреції аміаку - 60-80 ммоль/л, ТК - 0,85-1,0 ммоль/л, переважанні кислої реакції сечі (pH <6,5), зі збереженням фізіологічних коливань pH) призначаються гідрокарбонатні натрієві МВ з рівнем загальної мінералізації 3000-5000 мг/л. При початкових порушеннях компенсаторних механізмів МА (переважання кислої реакції сечі <6,5, при збереженні нормальних коливань показників протягом доби - pH 4,8-7,5, відсутності порушень сечової екскреції амонію та ТК) показані слабо- маломінералізовані гідрокарбонатні натрієві та столові МВ із загальною мінералізацією <3000 мг/л. Персоніфікований підхід до вибору методики

бальнеологічного лікування та режиму питного застосування МВ базується також на врахуванні даних про функціональний стан органів травлення та сечовидільної системи.

8. Підвищення ефективності лікування хворих з хронічною патологією органів травлення на фоні ЦД за рахунок раннього виявлення та бальнеологічної корекції порушень компенсаторних механізмів латентного МА.
9. Реактиви для визначення рівня а-амілази сечі, pH, ТК та амонію - pH-метр, 0,1 н розчин Na_2CO_3, реактив Нестлера; природні МВ (в т.ч. фасовані) різної мінералізації із переважанням в аніонному складі гідрокарбонатів.
10. Хворі з хронічною патологією та функціональними порушеннями органів травлення на фоні цукрового діабету.
11. Немає.
12. Ускладнень за умови дотримання методики немає.
13. ДУ «Науково-практичний медичний центр "Реабілітація" МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко І.С., Гайсак М.О., Дичка Л.В., Кудик В.Г (0312637462), (0312637523).

Реєстр. № 42/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОЧАТКОВИХ ЗМІН ПОРТАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ.

2. НДР «Клінічне значення маркерів запалення та метаболічних порушень у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) з урахуванням коморбідності», 0118U000937, 2018-2021 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 133820. МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики початкових змін портальної гемодинаміки у хворих із поєднаним перебігом неалкогольного стеатогепатиту та гіпертонічної хвороби / Бабак О.Я., Лапшина К.А., Молодан В.І., Просоленко К.А., Візір М.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201810961; заявл. 06.11.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Спосіб діагностики початкових змін портальної гемодинаміки печінки при її хронічних захворюваннях шляхом ультрасонографічного дослідження судин печінки, який відрізняється тим, що у хворих з поєднаним перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби, що прогнозують прогресування розвитку ускладнень НАСГ. Method of diagnostics of initial changes of portal hemodynamics of the liver with its chronic diseases by ultrasonographic examination of liver vessels, characterized in that patients with a combined course of non-alcoholic fatty liver disease and hypertension, which predicts progression of NASH complications.
7. Спосіб діагностики початкових змін портальної гемодинаміки печінки при її хронічних захворюваннях шляхом ультрасонографічного дослідження судин печінки, який відрізняється тим, що у хворих з поєднаним перебігом неалкогольного стеатогепатиту та гіпертонічної хвороби визначають максимальну і мінімальну швидкості лінійного кровотоку та діаметр ворітної вени, отримані результати порівнюють з показниками пацієнтів із ізольованим стеатогепатитом і при збільшенні рівня цих показників діагностують початкові зміни портальної гемодинаміки печінки.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування пацієнтів з коморбідністю неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби шляхом визначення початкових змін портальної гемодинаміки. Соціальні - покращення

якості життя за рахунок покращення метаболічних показників, зменшення запалення. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 88,464 грн. на лікування 1 хворого на неалкогольну жирову хворобу печінки та гіпертонічну хворобу за рахунок зниження ліжко-днів на 13,13 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення - 14 673 хворих на рік, економічний ефект складає 7788193,4 грн. на рік.

9. Ультразвуковий сканер експертного класу «Vivid-3» («General Electric», США), датчиком з діапазоном частот 2-7,5 МГц (дозвіл 0,01 мм), статистичний пакет загального призначення STATISTICA 6.1.
10. Артеріальна гіпертензія, неалкогольна жирова хвороба печінки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Лапшина К.А. (0662953214), Молодан В.І., Просоленко К.О., Візір М.О.

ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА

Реєстр. № 43/6/19

1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ КОМБАТАНТІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ.
2. НДР «Наукове обґрунтування заходів психофізіологічної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО)», 0116U002039, 2016-2020 рр.
3. Гігієна праці, професійна патологія, психофізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131226. МПК (2018.01) G01N 33/50 (2006.01), A61B 5/00, A61B 5/16 (2006.01). Спосіб оцінки ефективності реабілітації організму комбатантів за показниками лейкоцитарної формули / Пишнов Г.Ю., Кальниш В.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - № u201807108; заявл. 25.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ефективності реабілітації організму комбатантів за показниками лейкоцитарної формули включає проведення стандартних методів відновлювальної терапії. Додатково здійснюють підрахування формених елементів білої крові, яку збирають з вени пацієнта до початку відновлювальних заходів та наприкінці реабілітаційного періоду.
8. Головною відмінністю запропонованого технічного рішення від аналогів є визначення ефективності реабілітаційних заходів на основі підрахування співвідношень певних формених елементів білої крові у людини, що піддалася впливу потужного бойового стресу, та знаходиться на реабілітації з можливістю спрямованості подальших дій щодо відновлення функціонального стану пацієнта. Порівняння способу, що заявляється, з найближчим аналогом, дозволяє встановити його відповідність критерію «новизна», оскільки вперше пропонується оцінка такого співвідношення формених елементів крові після дії бойового стресу, що мають високу кореляцію з іншими функціональними показниками організму (маркерами стресування та стану здоров'я) і дозволяють кількісно оцінити ступінь відновлення функціонального стану людини.

9. Лікар-лаборант, гематологічний аналізатор, персональний комп'ютер, програма статистичного аналізу даних.
10. Моніторинг клінічної ефективності реабілітації комбатантів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Кальниш В.В., Пишнов Г.Ю., Варивончик Д.В. (0442897539).

Реєстр. № 44/6/19

1. СПОСІБ ОДНОЧАСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛИШКОВИХ КІЛЬКОСТЕЙ ТІАМЕТОКСАМУ, ІМІДАКЛОПРИДУ, МЕТРИБУЗИНУ, ДИМЕТОМОРФУ, АЗОКСИСТРОБІНУ, ОКСАТІАПІПРОЛІНУ ТА ФАМОКСАДОНУ В ОДНІЙ ПРОБІ ВОДИ.
2. НДР «Гігієнічне обґрунтування наукових основ моніторингу різних груп та хімічних класів пестицидів у воді водойм господарсько-питного та культурно-побутового використання», 0118U100472, 2019-2021 рр.
3. Комунальна гігієна.
4. 4,D.
5. Патент України на корисну модель № 132095. МПК B01D 15/08 (2006.01), G01N 30/02 (2006.01). Спосіб одночасного визначення залишкових кількостей тіаметоксаму, імідаклоприду, метрибузину, диметоморфу, азоксистробіну, оксатіапіпроліну та фамоксадону в одній пробі води / Омельчук С.Т., Новохацька О.О., Вавріневич О.П., Коршун О.М., Ліпавська А.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університету імені О.О. Богомольця. - № u201809226; заявл. 10.09.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб одночасного визначення залишкових кількостей тіаметоксаму, імідаклоприду, метрибузину, диметоморфу, азоксистробіну, оксатіапіпроліну та фамоксадону в одній пробі води передбачає підготовку проби води до екстракції, проведення екстракції, концентрування та хроматографування. Екстракцію здійснюють тричі порціями дихлорметану, екстракт висушують, концентрують та здійснюють обернено-фазове високоефективне рідинне хроматографування з використанням ультрафіолетового детектування та градієнтного елюювання в двокомпонентній системі розчинників (ацетонітрил, вода) для чіткого розділення піків речовин, після отримання хроматограм визначають піки кожної речовини, ідентифікують їх за часом утримання та визначають їх кількість за градуювальною залежністю площі піка в градуювальному розчині суміші цих речовин.
8. Спосіб дозволяє скоротити обсяг аналітичних досліджень, прискорити швидкість одного визначення та зменшити витрати на його проведення, дозволяє прискорити процес контролю за діючими речовинами при проведенні моніторингових досліджень стану навколишнього середовища.
9. Хроматографічна лабораторія.
10. Проведення моніторингових досліджень вмісту пестицидів у воді водойм; прогнозування ризику негативного впливу пестицидів на здоров'я населення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університету імені О.О. Богомольця Інститут гігієни та екології. м. Київ, просп. Перемоги, 34, санітарно-гігієнічний корпус, тел. (044) 454 49 42.

14. Кафедра гігієни та екології № 1, кафедра гігієни та екології № 4, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
15. Омельчук С.Т., Новохацька О.О., Вавріневич О.П. (0444544942), Коршун О.М., Ліпавська А.О.

Реєстр. № 45/6/19 1. СПОСІБ ОДНОЧАСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ПРОПІКОНАЗОЛУ ТА ЦИПРОКОНАЗОЛУ В ОДНІЙ ПРОБІ ВОДИ.

2. НДР «Гігієнічне обґрунтування наукових основ моніторингу різних груп та хімічних класів пестицидів у воді водойм господарсько-питного та культурно-побутового використання», 0118U100472, 2019-2021 рр.
3. Комунальна гігієна.
4. 4,D.
5. Патент України на корисну модель № 123798. МПК B01D 15/08 (2006.01), G01N 30/02 (2006.01). Спосіб одночасного визначення пропіконазолу та ципроконазолу в одній пробі води / Омельчук С.Т., Бардов В.Г., Кондратюк М.В., Гіренко Т.В., Благая А.В.; заявник і патентовласник Національний медичний університету імені О.О. Богомольця. - № u201709004; заявл. 11.09.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб одночасного визначення пропіконазолу та ципроконазолу в одній пробі води передбачає підготовку проби води до екстрагування, проведення екстрагування, концентрування та хроматографування. Хроматографування проводять на капілярній колонці з наступним детектуванням за допомогою електронозахватного детектора, після отримання хроматограми визначають піки кожної речовини, ідентифікують за часом утримування і визначають кількість речовин за висотою їх піків.
8. Спосіб дозволяє скоротити обсяг аналітичних досліджень, прискорити швидкість одного визначення, а також зменшити витрати на його проведення, дозволяє прискорити процес контролю за діючими речовинами у об’єктах довкілля.
9. Хроматографічна лабораторія.
10. Проведення моніторингових досліджень вмісту пестицидів у воді водойм; прогнозування ризику негативного впливу пестицидів на здоров’я населення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університету імені О.О. Богомольця, Інститут гігієни та екології. м. Київ, просп. Перемоги, 34, санітарно-гігієнічний корпус, тел. (044) 45449-42.
14. Кафедра гігієни та екології № 1, кафедра гігієни та екології № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
15. Омельчук С.Т., Бардов В.Г., Кондратюк М.В. (0444544942), Гіренко Т.В., Благая А.В.

ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ Реєстр. № 46/6/19 1. СПОСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПСОРІАЗУ.

2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматологія та венерологія.

4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Призначено для удосконалення діагностики псоріазу, використовуючи комплексну методику із вивченням показників гемостазу. Модифікована система діагностики включає, крім обов'язкових досліджень, такі показники гемостазу: час згортання по Лі-Уайту, кількість тромбоцитів. Автокоагуляційний тест (АКТ) на 2-ій (A_1) та 10-й хвилині (T_1), загальний фібриноген, активований час рекальцифікації (АЧР), тромбіновий час (ТЧ), анти тромбін (АТ-III), паракоагуляційні тести, продукти деградації фібриногену (ПДФ), рефракцію кров'яного згустку (РКЗ), спонтанний фібриноліз (СФ) та спонтанний лізис (СЛ).
8. Перевагами запропонованого способу є удосконалення діагностики псоріазу, динамічне спостереження за показниками гемостазу як в період загострення, так і в період ремісії та подальше удосконалення лікування та профілактики дерматозу.
9. Лабораторна діагностика.
10. Хворі на псоріаз.
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. Білинська О.А. (067828272), Бабак І.Д., Дашко М.О.

Реєстр. № 47/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПРОСТИЙ ГЕРПЕС

2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Запропоновано новий лікарський засіб для зовнішнього лікування герпетичної інфекції з тилороном і ментолом у формі гелю.

   Склад гелю:

   Тилорону - 2

   Ментолу - 0,5

   Основи - 97,5

   Склад основи гелю: гідроксипропілцелюлоза HXF Pharm, пропіленгліколь, твін 80, ніпагін, ніпазол, вода очищена. До складу лікарського засобу, як активні фармацевтичні інгредієнти, введено тилорон, який має противірусну дію, пов'язану з інгібуванням трансляції вірус-специфічних білків в інфікованих клітинах, та ментол, що виявляє місцеву знеболюючу дію.
8. Запропонований засіб відповідає вимогам аналітично-нормативної документації; забезпечує противірусну дію, зменшує тривалість таких симптомів як свербіж, біль, лихоманка і лімфаденопатія; сприяє скороченню термінів лікування; продовжує тривалість ремісії, що суттєво покращує якість життя пацієнтів.
9. Гель.
10. Хворі на простий герпес.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату.
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. (0676723813), Бабій О.В.

Реєстр. № 48/6/19 1. ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ З УРАХУВАННЯМ ІМУНОМОРФОЛОГІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШКІРИ (МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ).

2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Новітніми радіоімунними та імунологічними дослідженнями визначено ключові ланки патогенезу з метою подальшої оптимізації схем терапії псоріазу; визначено окремі ІГХ показники, що мають прогностичне значення в перебігу дерматозу (створено модель логістичної регресії). Автори пропонують використання комплексного патогенетичного методу лікування, який передбачає на фоні традиційних засобів дерматозу призначення надропарину кальцію (в дозі 0, 3 мл підшкірно 1 раз на добу протягом 2 тижнів) та адеметіоніну (у дозі 400 мг перорально 1 раз на добу протягом 4 тижнів).
8. Створена модель дає можливість дерматологу вчасно відкорегувати призначені терапію і рекомендації з метою подовження терміну ремісії, зменшення кількості рецидивів та покращення якості життя пацієнтів.
9. Надропарин кальцію, адеметіонін.
10. Хворі на псоріаз вульгарний.
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 сімейної медицини, дерматології та венерології.
14. Немає.
15. Сизон О.О., Возняк І.Я. (0322385637), Рудник Т.І., Білинська О.А., Бабак І.Д., доц., Асцатуров Г.Є., Дашко М.О., Чаплик-Чижо І.О., Федорова УВ., Процак В.В.

Реєстр. № 49/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІДІОПАТИЧНОЮ КРОПИВ'ЯНКОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕРМАТОЗУ (МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ).

2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування моніторингу, діагностики та стандартизованих методів лікування метаболічних захворювань внутрішніх органів та їх ускладнень», 0106U001641, 2016-2020 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+,С.

5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Новітніми радіоімунними та імунологічними дослідженнями визначено ключові ланки патогенезу з метою подальшої оптимізації схем терапії кропив'янки; виокремлені дослідження гормонів щитоподібної залози, що мають прогностичне значення в перебігу дерматозу. Автори пропонують використання комплексного патогенетичного методу лікування, який передбачає на фоні традиційних засобів дерматозу призначення пацієнтам із легким ступенем тяжкості перебігу кропив'янки мало мінералізовані хлоридно-натрієві ванни та камеру штучного мікроклімату 1 раз на тиждень протягом 1,5-2 міс., а хворим із середнім та тяжким ступенями перебігу - комбіноване лікування у вигляді вузоспектральної фототерапії (1 раз на 7 днів у кількості 6-8 сеансів), мало мінералізовані хлоридно-натрієві ванни та камеру штучного мікроклімату 1 раз на тиждень протягом 1,5-2 міс.
8. Створена модель дає можливість відкорегувати призначені терапію і рекомендації, що призведе до подовження терміну ремісії, зменшення кількості рецидивів та покращення якості життя пацієнтів.
9. Хлоридно-натрієві ванни, камера штучного мікроклімату.
10. Хворі з хронічною ідіопатичною кропив'янкою.
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 сімейної медицини, дерматології та венерології.
14. Немає.
15. Сизон О.О., Рудник Т.І., Возняк І.Я. (0322385637).

Реєстр. № 50/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГРИБКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ 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 № 118928. МПК А61К 31/137, А61К 31/10, А61К 31/155, А61Р 31/10. Спосіб лікування грибкової інфекції у хворих на цукровий діабет 2 типу / Дащук А.М.; Добржанська Є.І.; Пустова Н.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201801457; заявл. 14.02.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Спосіб лікування грибкової інфекції у хворих на цукровий діабет 2 типу включає призначення дієти, що обмежує вживання швидко засвоюваних вуглеводів, в якості системної терапії - тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 днів, метформін 500 мг під час прийому їжі 2 рази на добу, в якості зовнішньої терапії - цидіпол 2 рази на добу шляхом протирання ділянок шкірного висипу та навколишніх ділянок видимо здорової шкіри. A method of treating of fungal infection in patients with type 2 diabetes involves the restriction of thyroid-digestible carbohydrates, the appointment of systemic treatment - terbinafinum 250 mg 1 time a day for 14 days, metforminum 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. Лікування грибкової інфекції у хворих на цукровий діабет 2 типу включало призначення дієти, що обмежує вживання швидко засвоюваних вуглеводів, тербінафін 250 мг 1 раз на день протягом 14 днів, метформін 500 мг під час прийому їжі 2 рази на добу, в якості зовнішньої терапії - цидіпол 2 рази на добу шляхом протирання ділянок шкірного висипу та навколишніх ділянок видимо здорової шкіри.
8. Медичні - клінічне одужаннями спостерігали у 70% хворих на грибкову інфекцію та цукровий діабет 2 типу. Соціальні - покращення якості життя та здоров'я хворих із грибковою інфекцією на тлі цукрового діабету 2 типу. Економічні - середня тривалість лікування хворих становила 14,1+0,5 днів.
9. Лікарські засоби тербінафін, метформін, цидіпол.
10. Грибкова інфекція у хворих на цукровий діабет 2 типу.
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., Добржанська Є.І. (0504025154), Пустова Н.О.

Реєстр. № 51/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПСОРІАТИЧНОЇ ЕРИТРОДЕРМІЇ.

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 № 118802. МПК G01N 33/577, G01N 33/52. Спосіб діагностики псоріатичної еритродермії / Почерніна В.В., Дащук А.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201701630; заявл. 20.02.2017; опубл. 11.03.2019. Бюл. 5.
6. Спосіб діагностики еритродермії, який включає визначення в епідермісі та дермі хворого маркерів пошкодження, який відрізняється тим, що для діагностики псоріатичної еритродермії в епідермісі та сосочковому шарі дерми визначають TOLL-подібні рецептори імуногістохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до TLRs із здійсненням постановки реакції відповідно до протоколів, що додаються до моноклональних антитіл, які використовують при цьому, отримані імуногістологічні препарати вивчають за допомогою світлового мікроскопу, підрахунок площі та інтенсивності експресії TOLL-подібних рецепторів здійснюють із застосуванням комп'ютерної програми аналізу зображень ImegeJ і при виявленні TOLL-подібних рецепторів TLR2, TLR4 і TLR9-та^ діагностують псоріатичну еритродермію. A method of diagnosis of erythrodermia, which includes the definition of damage in the epidermis and the dermis of the patient markers, characterized in that for the diagnosis of psoriatic erythroderma in the epidermis and the papillary layer of the dermis, TOLL-like receptors are determined by the immunohistochemical method using monoclonal antibodies to the TLRs, with the implementation of the reaction according to the protocols , which are added to the monoclonal antibodies used in this case, the immunohistological preparations are studied using a light microscope, the calculation of the area and intensity of expression of TOLL-like receptors is carried out using the computer image analysis program ImegeJ and when detected TOLL-like receptors TLR2, TLR4 and TLR9-type diagnose psoriatic erythroderma
7. Для діагностики псоріатичної еритродермії в епідермісі та сосочковому шарі дерми визначають Toll-подібні рецептори імуногістохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до TLRs із здійсненням постановки реакції відповідно до

протоколів, що додаються до моноклональних антитіл, які використовують при цьому, отримані імуногістологічні препарати вивчають за допомогою світлового мікроскопу, підрахунок площі та інтенсивності експресії Toll-подібних рецепторів здійснюють із застосуванням комп'ютерної програми аналізу зображень ImegeJ і при виявленні Toll-подібних рецепторів TLR2, TLR4 і TLR9 типу діагностують псоріатичну еритродермію.

8. Медичні - збільшення відсотка хворих, виписаних з клінічним одужанням в 2,6 рази. Соціальні - покращення якості життя та здоров'я хворих на еритродермію нез'ясованої етіології. Економічні - скорочення витрат за рахунок скорочення середнього строку перебування хворого в клініці на 2,5 ліжко-днів.
9. Діагностичний набір для вивчення кількості і розподілу Toll-подібних рецепторів 2-, 4- і 9-го типів (TLR2, TLR4 і TLR9) з використанням моноклональних антитіл до TLR2, TLR4 і TLR9 виробництва фірми «Abbiotec» (США) і стрептавідінбіотінілірованних вторинних антитіл Novocastra Peroxidase Detection System виробництва «Leica Microsystems» (Великобританія), лікар-лаборант.
10. Еритродермія нез'ясованої етіології.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Дащук А.М., Почерніна В.В. (0939730359).

ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА Реєстр. № 52/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

2. НДР «Удосконалення комплексної діагностики та лікування хворих на остеоартроз поєднаний із гіпертонічною хворобою».
3. Сімейна медицина.
4. 2++,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 135690. МПК A61K 31/00, A61P 19/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування остеоартрозу у пацієнтів із артеріальною гіпертензією / Кузнєцова Л.П., Алипова О.Є., Бондар М.В.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201901439; заявл. 13.02.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу комплексного лікування остеоартрозу поєднаного з артеріальною гіпертензією в якому, за рахунок використання нової комбінації препаратів зменшується кількість прийому ліків, нормалізується артеріальний тиск, зменшується больовий синдром, покращується якість життя пацієнтів, підвищується прихильність до лікування. Для вирішення поставленої задачі в способі комплексного лікування остеоартрозу у пацієнтів із артеріальною гіпертензією, що включає призначення препарату мелбеку у добовій дозі 7,5 мг вранці через 30 хвилин після вживанням їжі, згідно з корисною моделлю застосовують дифорс у добовій дозі 80 мг або 160 мг (1раз на добу), єзолог 20 мг(1раз на добу) з вечірнім прийомом 10 мг розарту (розувастатину).
8. Клінічна ефективність: дозволяє скоріше досягнути бажаного терапевтичного ефекту(зменшення больового синдрому, нормалізація артеріального тиску),

особливо у хворих з коморбідним перебігом захворювання, та призначити адекватну патогенетичну терапію в необхідному обсязі. Соціальна ефективність: зменшення кількості приймаємих ліків, покращення якості життя хворих. Економічна ефективність: скорочення витрат на лікування.

9. Сімейний лікар, препарат мелбек у добовій дозі 7,5 мг, дифорс у добовій дозі 80 мг або 160 мг (1раз на добу), єзолог 20 мг (1раз на добу) з вечірнім прийомом 10 мг розарту (розувастатину).
10. Наявність остеоартрозу поєднаного із гіпертонічною хворобою.
11. Індивідуальна непереносимість препаратів.
12. Виникнення алергічних реакцій на препарати. В разі настання можливого ускладнення - припинення вживання.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра загальної практики - сімейної медицини, гастроентерології, фізичної та реабілітаційної медицини. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Кузнєцова Л.П., Алипова О.Є., Бондар М.В. (0665583878).

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ Реєстр. № 53/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ХРОНІЧНОЇ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

2. НДР «Розробка патогенетичних методів діагностики та лікування цукрового діабету типу 2 та асоційованих з ним ожиріння та неалкогольної жирової хвороби печінки», 0116U000124, 2016-2019 рр.
3. Ендокринологія, гастроентерологія, терапія.
4. 2+,D.
5. Патент України на корисну модель № 80977. МПК A61B 5/00 (2006.01). Спосіб корекції хронічної системної запальної відповіді у хворих на цукровий діабет типу 2 з неалкогольною жировою хворобою печінки / Боднар П.М., Янковський Д.С., Михальчишин Г.П., Берегова Т.В., Фалалєєва Т.М., Димент Г.С., Кобиляк Н.М.; заявник та патентовласник Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця. - № u201301168; заявл. 31.01.2013; опубл. 10.06.2013. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб корекції хронічної системної запальної відповіді у хворих на цукровий діабет типу 2 з неалкогольною жировою хворобою печінки передбачає застосування гепатопротектора, сорбента та пробіотика. В плазмі крові визначають концентрацію прозапальних цитокінів ФНП-а, ІЛ-1Р, ІЛ-6, ІЛ-8, у-ІНФ, після чого як пробіотик призначають Симбітер ацидофільний концентрований.
8. Даний спосіб відрізняється від аналогів тим, що для корекції хронічної системної запальної відповіді, обумовленої гіперпродукцією прозапальних цитокінів, у хворих з неалкогольну жирову хворобу та цукровий діабет типу 2 окрім традиційних пероральних цукрознижувальних препаратів, назначають мультипробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований», який містить концентровану біомасу 14 штамів пробіотичних бактерій родів Bifidobacterium, Lactobacillus, Lactococcus, Propionibacterium, по 1 пакетику (маса 10 г) 1 раз на добу під час або після їжі впродовж 30 діб. Результат від впровадження способу, що заявляється сприяє

підвищенню ефективності лікування хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки, за рахунок зменшення абсорбції ендотоксину в кров та відповідно зниженню концентрації прозапальних цитокінів, які провокують прогресування захворювання.

9. Ендокринологічне або гастроентерологічне відділення. Необхідне технічне обладнання: біохімічні аналізатори.
10. Корисна модель відноситься до галузі медицини, зокрема до ендокринології, гастроентерології, терапії та і може бути використаною для лікування хворих з цукровим діабетом типу 2, неалкогольною жировою хворобою печінки.
11. Немає.
12. При умовах використання запропонованої нами методики діагностична процедура є безпечною. Помилки при виконанні можуть бути пов'язані з несправностями в роботі вимірювальної апаратури. Рекомендовано своєчасне проведення метрологічної повірки.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра ендокринології, тел. (044) 235-60-05.
14. ННЦ «Інститут біології та медицини», Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. 01601, м. Київ, вул. Володимирська, 64, тел. (044) 521-91-35; «О.Д. Пролісок», 08671, Київська обл., Васильківський р-н, с. Велика Вільшанка, вул. Софіївська, 17а, тел. (044) 331-98-68.
15. Боднар П.М.ч, Янковський Д.С., Михальчишин Г.П., Берегова Т.В., Фалалєєва Т.М., Димент Г.С., Кобиляк Н.М. (0979529348).

Реєстр. № 54/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ, ЩО ПОЄДНУЄТЬСЯ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНИХ ТА ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ.

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. Внутрішні хвороби.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 113894. МПК A61B 5/0205 (2006.01). Спосіб діагностики ендотеліальної дисфункції у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин / Чекаліна Н.І., Казаков Ю.М., Кайдашев І.П., Мамонтова Т.В., Весніна Л.Е., Микитюк М.В., Беркало Л.В. - № u201605776; заявл. 30.05.2016; опубл. 27.02.2017. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики ендотеліальної дисфункції у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин включає визначення маркеру деструкції ендотеліальних частин у кров'яному руслі за допомогою виявлення експресії антигенів ендотеліоцитів CD32 та CD40 з використанням моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі. Як додатковий маркер, що обумовлює пошкодження ендотелію, визначають рівень у крові фактора некрозу пухлини а, та, за наявності вмісту циркулюючих ендотеліальних мікрочастинок >2,5Ч107/л та фактору некрозу пухлини а >7,9 пг/мл, визначають ендотеліальну дисфункцію.
8. Можливість підвищення ступеня ефективності діагностики ендотеліальної дисфункції та системного запалення у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин, створення можливостей прогнозування темпів

розвитку патології, попередження розвитку ендокринних та серцево-судинних ускладнень та обтяжуючої супутньої патології.

9. Поточний цитофлуориметр “Beckman Coulter XL”, імуноферментний аналізатор “StatFax303+”.
10. Діагностики ендотеліальної дисфункції та системного запалення у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Мамонтова Т.В. (0532551972), Чекаліна Н.І., Казаков Ю.М.. Кайдашев І.П., Весніна Л.Е., Микитюк М.В., Беркало Л.В.

Реєстр. № 55/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОІ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОІДИТ, ЩО ПОЄДНУЄТЬСЯ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНИХ ТА ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ.

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, 2017-2020 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 114780. МПК А61К 36/04. Спосіб корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин / Чекаліна Н.І., Казаков Ю.М., Кайдашев І.П., Мамонтова Т.В., Весніна Л.Е., Микитюк М.В., Баранова А.Ф; заявник та патентовласник ВДНЗУ «УМСА». - № u201605773; заявл. 30.05.2016; опубл. 27.03.2017. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на аутоімунний тиреоїдит за наявності атеросклеротичного ураження судин включає застосування препарату групи статинів, який відрізняється тим, що додатково використовують ресвератрол у дозі 100 мг на добу протягом двох місяців із контролем вираженості маркеру деструкції ендотеліальних частин у кров’яному руслі за допомогою виявлення експресії антигенів ендотеліоцитів $CD32^{+}CD40^{+}$ та рівня фактора некрозу пухлини а у крові.
8. Використання заявленого способу призведе до покращення лікування аутоімунного тиреоїдиту за наявності атеросклеротичного ураження судин та зниження ризиків побічної дії, за рахунок компенсації можливої необхідності нарощування дози статинів комбінованою терапією. Спосіб дозволить розширити арсенал засобів корекції ендотеліальної дисфункції при аутоімунному тиреоїдиті у сполученні з атеросклеротичним ураженням судин та потенціювати плейотропні ендотеліопротекторні ефекти статинів як базисного засобу лікування атеросклерозу в умовах коморбідності. Очікується скорочення терміну перебування хворих у медичних закладах та зменшення економічних витрат на лікування.
9. Для вирішення поставлених завдань необхідне обладнання: дозатори лабораторні з регульованим об’ємом 0,5-10, 20-200 мкл; мікропланшетний імуноферментний аналізатор «Stat Fax 2100»; проточний цитофлуориметр BeckmanCOULTER EPIX XL-MCL; біохімічний аналізатор (Stat Fax® 1904+R). Для вирішення поставлених завдань необхідні лікарські засоби: Ресвератрол (Евелор ®, Medochemie Ltd, Кіпр).

10. Для терапії серцево-судинних та ендокринних захворювань, у патогенезі яких має місце ендотеліальна дисфункція та для використання у комплексному лікуванні захворювань, в основі яких лежить хронічне системне запалення.
11. Немає.
12. При належній кваліфікації фахівців та чіткого використання способу не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Чекаліна Н.І. (0532532576), Мамонтова Т.В., Казаков Ю.М., Кайдашев І.П., Весніна Л.Е., Микитюк М.В., Баранова А.Ф.

Реєстр. № 56/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ КИШЕЧНОГО ДИСБІОЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.

2. НДР «Вивчення ролі кишечного мікробіому у розвитку та перебігу ожиріння, інсулінорезистентності та цукрового діабету».
3. Ендокринологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Діагностика кишечного дисбіозу шляхом проведення H_2-лактулозного дихального тесту хворому на цукровий діабет 2 типу. Позитивний результат H_2-дихального тесту після прийому 10 г лактулози у 250 мл води (рівень H_2 при вимірюванні газоаналізатором водню через 2 години перевищує 20 ppm у порівнянні з вихідним за наявності подвійного піку H_2) свідчить про наявність надмірного бактеріального росту у тонкій кишці та кишечний дисбіоз, що є одним з факторів ризику погіршення компенсації цукрового діабету 2 типу.
8. Застосування способу дозволяє вчаснови бактеріального росту та кишечний дисбіоз, що дозволяє вчасно провести необхідну корекцію лікування та значно покращити перебіг цукрового діабету 2 типу за наявності його суб- або декомпенсації. Медична ефективність - проведення H_2- дихального тесту з лактулозою дозволить швидко неінвазивним шляхом визначити наявність синдрому надлишкового бактеріального росту у тонкій кишці, призначити необхідне лікування та поліпшити компенсацію цукрового діабету 2 типу; соціальна ефективність - у разі своєчасної діагностики і лікування поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність - зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування.
9. Лікар-дослідник, газоаналізатор водневих тестів (Lactofan 2, FisherGmbX, Німеччина), лактулоза у якості реактиву.
10. Цукровий діабет 2 типу у стані субкомпенсації або декомпенсації з можливим кишечним дисбіозом.
11. Немає.
12. Недотримання відповідної безвугловодної дієти може призвести до несправжньо - позитивних результатів.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Ткач С.М. (0674016342).

Реєстр. № 57/6/19

1. СПОСІБ ТЕРАПІЇ ГІПОТИРЕОЗУ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗНОГО ПЕРІОДУ.
2. НДР «Оптимізація профілактики, діагностики і лікування цукрового діабету на тлі коморбідної патології із врахуванням впливу дефіциту йоду та вітаміну D».
3. Ендокринологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Хворим на гіпотиреоз жінкам в період менопаузи призначають холекальциферол в дозі 4000 МО/добу (28000 МО/тиждень) протягом трьох місяців. До і після призначення холекальциферолу визначають рівні ТТГ, вільного тироксину, антитіл до тиреоїдної пероксидази і вітаміну 25(OH)D в сироватці крові. Позитивним результатом лікування вважають нормалізацію функціонального стану щитоподібної залози, зниження титру антитіл до тиреоїдної пероксидази принаймні на 25%, а також підвищення вмісту 25(OH)D до 30-50 нг/мл.
8. Застосування способу дозволяє зменшити титр антитіл до тиреоїдної пероксидази. Медична ефективність - зниження титру антитіл до тиреоїдної пероксидази дозволяє поліпшити суб'єктивний стан хворих, швидше досягнути стану компенсації гіпотиреозу та зменшити дозу екзогенного левотироксину; соціальна ефективність - у разі своєчасної корекції вмісту вітаміну D в крові поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність - зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування.
9. Аналізатор Elecsys 2010 із використанням тест-систем cobas для визначення вмісту 25(OH^ в крові.
10. Первинний гіпотиреоз автоімунного генезу, недостатність і дефіцит вітаміну D.
11. Наявність алергії до холекальциферолу, гіперкальціємія та/або гіперкальціурія, саркоїдоз, ниркова недостатність, нефролітіаз, туберкульоз.
12. Помилкове призначення підвищеної або недостатньої дози холекальциферолу, необхідність періодичного контролю вмісту 25(OH)D в крові.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Паньків В.І. (0677926247), Юзвенко ТЮ.

Реєстр. № 58/6/19 1. СПОСІБ ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ ГРЕЙВСА (ДИФУЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБА).

2. НДР «Оптимізація профілактики, діагностики і лікування цукрового діабету на тлі коморбідної патології із врахуванням впливу дефіциту йоду та вітаміну D».
3. Ендокринологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Хворим на дифузний токсичний зоб (хворобу Грейвса) призначають холекальциферол в дозі 4000 МО/добу (28000 МО/тиждень) протягом трьох місяців. До і після призначення холекальциферолу визначають рівні ТТГ, вільного тироксину, вільного трийодтироніну, антитіл до рецептора ТТГ і вітаміну 25(OH)D в сироватці крові. Позитивним результатом лікування вважають нормалізацію функціонального стану щитоподібної залози, зниження титру антитіл до рецептора ТТГ принаймні на 25%, а також підвищення вмісту 25(OH)D до 30-50 нг/мл.

8. Застосування способу дозволяє зменшити титр антитіл до рецептора ТТГ. Медична ефективність - зниження титру антитіл до рецептора ТТГ дозволяє поліпшити суб'єктивний стан хворих, швидше досягнути стану компенсації тиреотоксикозу та зменшити дозу тиреостатичних препаратів; соціальна ефективність - у разі своєчасної корекції вмісту вітаміну D в крові поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність - зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування.
9. Аналізатор Elecsys 2010 із використанням тест-систем cobas для визначення вмісту 25(OH^ в крові.
10. Хвороба Грейвса (дифузний токсичний зоб), недостатність і дефіцит вітаміну D.
11. Наявність алергії до холекальциферолу, гіперкальціємія та/або гіперкальціурія, саркоїдоз, ниркова недостатність, нефролітіаз, туберкульоз.
12. Помилкове призначення підвищеної або недостатньої дози холекальциферолу, необхідність періодичного контролю вмісту 25(OH)D в крові.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Паньків В.І. (0677926247), Юзвенко ТЮ.

Реєстр. № 59/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ГІПОТИРЕОЗОМ.

2. НДР «Оптимізація профілактики, діагностики і лікування цукрового діабету на тлі коморбідної патології із врахуванням впливу дефіциту йоду та вітаміну D».
3. Ендокринологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. ^осіб дозволяє прогнозувати розвиток остеопорозу у жінок з гіпотиреозом в ранні терміни, ще до формування типових рентгенологічних ознак. У жінок менопаузного періоду з гіпотиреозом визначають вміст у сироватці крові концентрацію маркера активації ендотелію судин - фактора Віллебранда імуноферментним методом. При підвищенні активності фактора Віллебранда понад 193,5 пг/мл прогнозують розвиток остеопорозу.
8. Застосування способу дозволяє прогнозувати розвиток остеопорозу у жінок з гіпотиреозом в ранні терміни, ще до формування типових рентгенологічних ознак. Медична ефективність - профілактика розвитку зниження мінеральної щільності кісткової тканин; соціальна ефективність - у разі своєчасної діагностики остеопенії та остеопорозу поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність - зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування.
9. Аналізатор для визначення активності фактора Віллебранда в крові імуноферментним методом.
10. Первинний гіпотиреоз автоімунного генезу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Паньків В.І. (0677926247), Юзвенко ТЮ.

Реєстр. № 60/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗА РІВНЕМ ПЕНТРАКСИНУ-3.
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 20172019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132550. МПК G01N 33/48. Спосіб оцінки метаболічних порушень у хворих на ішемічну хворобу серця на тлі цукрового діабету 2 типу за рівнем пентраксину-3 / Молотягін Д.Г., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201811123; заявл. 12.11.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати порушення ліпідного та вуглеводного обмінів 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 and carbohydrate 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 оцінки метаболічних порушень, який включає визначення показників ліпідного та вуглеводного обмінів, який відрізняється тим, що хворим на ішемічну хворобу серця на тлі цукрового діабету 2 типу визначають рівень пентраксину-3 в сироватці крові імуноферментним методом і, якщо він перевищує 5,94±0,57 нг/л у порівнянні до контролю, ліпідний та вуглеводний обмін оцінюють як порушені.
8. Медичні - поліпшення прогнозу хворих з ішемічною хворобою серця на тлі цукрового діабету 2 типу на 6,4 %. 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 7,5 %. 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 Pentraxin 3 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. Молотягін Д.Г. (0931276606), Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

Реєстр. № 61/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ЗА АКТИВНІСТЮ ГЛІПІКАНА-4.

2. НДР «Оптимізація діагностики і лікування коморбідної патології (гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу) на підставі оцінки кардіогемодинаміки, метаболізму і фармакогенетичного аналізу», 0116U004983, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 137049. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування розвитку цукрового діабету 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою / Біловол О.М., Капустник В.А., Князькова І.І., Аль- Травнех О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201903555; заявл. 08.04.2019; опубл. 25.09.2019. Бюл. № 18.
6. Спосіб прогнозування розвитку цукрового діабету 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою з порушенням вуглеводного обміну шляхом додаткового визначення активності гліпікану-4. A method for predicting the development of type 2 diabetes in patients with hypertension and overweight with impaired carbohydrate metabolism by further determining the activity of glypican-4.
7. Для прогнозування розвитку цукрового діабету 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою додатково визначають рівень гліпікану-4 у сироватці крові та при його зниженні до 5,6 нг/мл у порівнянні до контрольних показників прогнозують розвиток ЦД 2 типу.
8. Медичні - прогнозування розвитку цукрового діабету 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою. Соціальні - покращення якості життя пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого.
9. Інгібітори АПФ, бета-адреноблокатори (карведилол), антагоністи повільних кальцієвих каналів в середньо терапевтичних дозах, розувастатин у дозі 20 мг, ацетилсаліцилова кислота у добовій дозі 75 мг.
10. Цукровий діабет 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною вагою.
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), Аль-Травнех О.В.

Реєстр. № 62/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ОСТЕОАРТРОПАТІЙ.

2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування кардіоваскулярних порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу в умовах поєднаної патології», 0118U000950, 2018-2020 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 117409. МПК A61N 2/00, G01N 33/00. Спосіб лікування діабетичних остеоартропатій / Журавльова Л.В., Федоров В.О., Олійник М.О., Коробов А.М, Коробов В.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201700216; заявл. 06.01.2017; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.
6. Спосіб лікування діабетичних остеоартропатій, який включає призначення фізичних методів в комплексних лікувальних заходах, і відрізняється тим, що на область ураження діють синім та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням діють на уражені суглоби в перебігу 30 хвилин під контролем біохімічних показників сироватки крові, курсом до їх нормалізації. The method of treatment of diabetic osteoarthropathies, which includes the appointment of physical methods in complex therapeutic measures. The affected joints act blue and infrared light together with magnetic irradiation for 30 minutes under the control of biochemical parameters of blood

serum. The course of procedures continues until the normalization of blood biochemical parameters.

7. Спосіб лікування діабетичних остеоартропатій, який включає призначення дієти, симптоматичних засобів, модифікуючи засобів уповільненої дії та фізіотерапії, який відрізняється тим, що як фізіотерапію призначають фото-магнітотерапію, при цьому синім та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням діють послідовно на праву і ліву тильні поверхні кистей, праву і ліву долоні, праву і ліву променевозап'ясткові зони, праву і ліву кубіт альні вени, верхні поверхні стоп, проекцію вилочкової залози, печінки і селезінки з тривалістю дії по 5 хвилин на кожну зону, з наступною дією на уражені суглоби синім та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням протягом 30 хвилин під контролем біохімічних показників сироватки крові, курсом до їх нормалізації.
8. Медичні - зниження прогресування діабетичних остеоартропатій у хворих на цукровий діабет 2-го типу. Соціальні - покращення якості життя у хворих на цукровий діабет 2-го типу, ускладнений розвитком діабетичних остеоартропатій. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 24,0 грн. на лікування 1 хворого на цукровий діабет із наявністю діабетичної остеоартропатії за рахунок зниження ліжко-днів на 10,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення - 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 26400 грн. на рік.
9. Фотонна матриця «Барва-Флекс», магнітна матриця «Барва-Флекс/Маг», реактиви для визначення загального холестерину та тригліцеридів у сироватці крові, реактиви для визначення рівня глікозильованого гемоглобіну глюкозооксидантним методом, рівня серомукоїдів, сіалових кислот і С-реактивного білка, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Діабетична остеоартропатія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Журавльова Л.В., Федоров В.О., Олійник М.О. (0503030803).

Реєстр. № 63/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.

2. НДР «Роль новітніх біомаркерів жирової тканини в оцінці серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням», 0116U004988.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Пат. України на винахід № 117791. МПК G01N 33/48, G01N 33/50, A61B10/00. Спосіб прогнозування розвитку глюкометаболічних порушень у хворих на гіпертонічну / Демиденко Г.В., Ковальова О.М., Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М., Смирнова В.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а2017018333; заявл. 27.02.2017; опубл. 25.09.2018. Бюл. № 17.
6. Спосіб прогнозування розвитку глюкометаболічних порушень, що включає клініко-лабораторні дослідження, де у хворого на гіпертонічну хворобу (ГХ) досліджують рівень апеліну, концентрацію судинного ендотеліального фактора росту, рівень онкостатину М, рівень 8-нітрозртіолу, значення індексу маси тіла (ІМТ), параметр індексу інсулінорезистентності НОМА, співвідношення рівня тригліцеридів (ТГ) до холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), товщину задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), тривалість ГХ, розраховують за формулами дискримінантного аналізу з використанням канонічних коефіцієнтів й констант

дискримінантних функцій індивідуальні координати хворого для трьох станів: 1 - ГХ без коморбідності, 2 - ГХ з супутнім предіабетом, 3 - ГХ з ЦД 2 типу для прогнозу розвитку метаболічних порушень. A method for predicting the development of glucometabolic disorders, including clinical and laboratory studies, where at patient with hypertension apelin level, vascular endothelial growth factor concentration, oncostatin M level, 8-nitrosrthiol level, body mass index (BMI), HOMA insulin resistance index parameter, triglycerides (TG) to high density lipoprotein cholesterol (HDL cholesterol) ratio, left ventricular posterior wall thickness (LVPWT), hypertension duration are examined, and calculated by the formulas of discriminant analysis using canonical coefficients and constants of discriminant functions individual patient coordinates for three conditions: 1 - hypertension without comorbidity, 2 - hypertension with concomitant prediabetes, 3 - hypertension with type 2 diabetes mellitus to predict the development of metabolic disorders

7. Спосіб прогнозування розвитку глюкометаболічних порушень, що включає клініко- лабораторні дослідження, який відрізняється тим, що у хворого на ГХ досліджують рівень апеліну, концентрацію судинного ендотеліального фактору росту, рівень онкостатину М, рівень 8-нітрозотіолу, значення ІМТ, параметр індексу інсулінорезистентності НОМА, співвідношення рівня ТГ до ХС ЛПВЩ, ТЗСЛШ, тривалість ГХ, розраховують за формулами дискримінантного аналізу з використанням канонічних коефіцієнтів й констант дискримінантних функцій індивідуальні координати хворого - (БР1 і ОР2), які ілюструють точкою на територіальній карті, де зазначено області для трьох станів: 1 - ГХ без коморбідності, 2 - ГХ з супутнім предіабетом, 3 - ГХ з ЦД 2 типу: ОР1=- 0,447xl+0,002x2+(-0,045)Хз+3,244x4+0,105x5+ 0,286xe+(-0,684)xy+(-1,542)x8+0,015x9- 2,427, Ор2=-О,61 5xi+0,00 1 Х2+(-0,008)Хз+2,848x4+0,188x5+0,024x6+0,818x7+0,8i Зx8+0,014x9-7,534, де Хі - апелін, пг/мл; x_2 - судинний ендотеліальний фактор росту, пг/мл; x_3 - онкостатин М, пг/мл; Х4 - 5-Нітрозотіол, ммоль/л; x_5 - ІМТ, кг/м^2; Хе - НОМА; ху - ТГ/ХСЛГТВЩ; х8 - ТЗСЛШ, см; x_9 - тривалість ГХ; -2,427 та -7,534 - константи, - 0,447; 0,002; -0,045; 3,244; 0,105; 0,286 х6; -0,684; - 40 1,542; 0,015 - канонічні коефіцієнти 1-ої дискримінантної функції; -0,615; 0,001; -0,008; 2,848; 0,188; 0,024; 0,818; 0,813; 0,014 - канонічні коефіцієнти 2-ої дискримінантної функції; і залежно від простору знаходження точки прогнозують розвиток одного із трьох станів для прогнозу розвитку метаболічних порушень.
8. Медичні - підвищення ефективності прогнозування розвитку глюко-метаболічних порушень у хворих на гіпертонічну хворобу шляхом визначення та аналізу найбільш інформативних, прогностично значущих показників, обумовлений синергізмом заходів Соціальні - покращення якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 16,7 грн. на лікування 1 хворого на гіпертонічну хворобу з ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 7,8 %. Економічний ефект на рік залежить від пропускної здатності відділення.
9. Реактиви для визначення клініко-лабораторні показників рівня апеліну, концентрації судинного ендотеліального фактору росту, рівня онкостатину М, рівня 8- нітрозотіолу, ліпідного профілю, апарат для проведення сонологічного дослідження серця, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант, застосування математичної моделі запропонованої розробниками.
10. Захворювання такі, як гіпертонічна хвороба без коморбідності, гіпертонічна хвороба з супутнім предіабетом, гіпертонічна хвороба з ЦД 2 типу, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.

15. Демиденко Г.В., Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М., Смирнова В.І. (0504013891.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ Реєстр. № 64/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ В НА ТЛІ ОНКОПАТОЛОГІЇ.

2. НДР «Метаболічні та генетичні аспекти розвитку вірусних інфекцій у дітей та сучасні методи корекції», 8115U004044.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 133044. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб визначення ступеня фіброзу печінки у дітей з хронічним вірусним гепатитом В на тлі онкопатології / Незгода І.І., Мороз Л.В., Сінгх Шайлендра, Сінгх О.О.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № u201809515; заявл. 21.09.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб визначення ступеня фіброзу печінки у дітей з хронічним вірусним гепатитом В на тлі онкопатології, включає визначення лабораторного показника остеопонтіну сироватки крові, який відрізняється тим, що це неівазивний метод виявлення фібротичних змін печінки, при значенні якого більше 248,20 нг/мл діагностують фіброз печінки (> F1) у дітей з ХГВ на тлі ЛБЛ. На основі проведеного ROC - аналізу визначено межовий рівень остеопонтіну 248,20 нг/мл, який може використовуватись як неінвазивний біомаркер діагностики фіброзу печінки (> F1) у дітей з ХГВ на тлі ЛБЛ (чутливість - 92%, специфічність - 68%, точність - 76%). При рівні ОПН 248,20 нг/мл та чутливості 92% - 92% пацієнтів з фіброзом будуть виявлені моделлю, а решта 8% (хибно-негативних результатів) хворих будуть пропущені. Специфічність встановленої моделі становить 68%, тобто 68% пацієнтів з ХГВ на тлі ЛБЛ без фіброзу за результатами прогнозу будуть ідентифіковані вірно, як «негативні», а решта 32% будуть хибно ідентифіковані як пацієнти з фіброзом печінки (хибно-позитивні результати). Крім того, 76% точності даного методу відображає частоту правильних заключень про наявність або відсутність фіброзу печінки. Все це вказує на доцільність застосування даної моделі, зокрема межового рівня ОПН для діагностики ступеня фіброзу у хворих з ХГВ на тлі ЛБЛ.

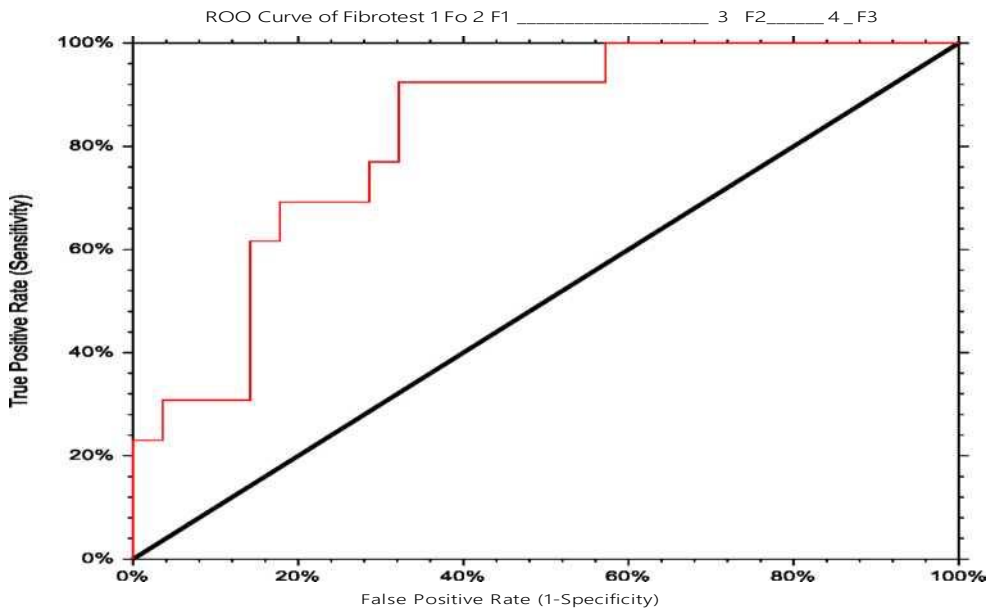

Рис. ROC - крива аналізу фібротичних змін печінки, в залежності від рівнів ОПН

Інформативність показника оцінюється за величиною площі під кривою (AUC). Чим ближче крива до діагоналі 15 (AUC=0,5), тим нижче діагностична цінність показника, чим ближче площа під кривою до 1, тим ефективніше діагностичний тест.

8. Перевагою запропонованого неінвазивного методу є достатньо висока інформативність дослідження щодо віддиференціювання хворих з наявним фіброзом печінки серед осіб без фіброзу, без проведення біопсії печінки, що має ряд обмежень у дитячому віці, а також можливість динамічного спостереження за показником ОПН для контролю ефективності призначеноголікування. Спосіб може бути застосований в стаціонарах дитячих медичних закладах Ш-IV рівня акредитації.
9. Визначення концентрації ОПН у сироватці крові пацієнта методом імуноферментного аналізу з використанням набору Human Osteopontin Quantikine ELISA Kit (R&D, Великобританія); аналіз характеристичної кривої (Receiver Operator Characteristic, ROC-аналіз) з використанням програмного забезпечення NCSS 12.0 Data Analysis (NCSS Inc.).
10. Гострі та хронічні запальні захворювання печінки будь якої етіології.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
14. Немає.
15. Незгода І.І. (0979143340), e-mail: nezgoda59@gmail.com, Мороз Л.В. (0965363123), e-mail: larisa652002@yahoo.com, Сінгх Шайлендра (0677693771), e-mail: drshailendra.singh@yahoo.com, Сінгх О.О. (0676652279), e-mail: singhoksana@ gmail. com.

Реєстр. № 65/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОГО УСКЛАДНЕНОГО ТА РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ОПЕРІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ДОРОСЛИХ.

2. НДР «Оптимізація ранньої діагностики та лікування хворих на найбільш поширені інфекційні захворювання, що перебігають на тлі коморбідної патології у дорослих та дітей», 0117U006956, 2017-2021 рр.

3. Інфекційні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136008. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування тяжкого ускладненого та рецидивуючого перебігу оперізувального герпесу у дорослих / Рябоконь О.В., Оніщенко Н.В.; заявник та патентовласник: Запорізький державний медичний університет. - № u201902248; заявл. 05.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування тяжкого ускладненого та рецидивуючого перебігу оперізувального герпесу у дорослих включає в себе визначення однонуклеотидного генетичного поліморфізму гену ІЛ-10, а саме позиції T/G гену ІЛ-10 rs (1800872), T/C гену ІЛ-10 (rs 1800896), що забезпечить підвищення ефективності достовірного прогнозування перебігу та розвитку певних ускладнень оперізувального герпесу у імунокомпетентних осіб дорослого віку. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає виділення зразків тотальної ДНК з венозної крові та визначення генетичного поліморфізму гену ІЛ, новим є те, що проводять однонуклеотидне генотипування гену ІЛ-10 (rs 1800872, rs 1800896) та визначення позицій T/G гену ІЛ-10 rs (1800872) та T/C гену ІЛ-10 (rs 1800896). За наявності генотипу TT гену ІЛ-10 (rs 1800872) прогнозують високий ризик тяжкого перебігу оперізувального герпесу з розвитком ускладнень неврологічного та офтальмологічного характеру, а за наявності генотипу TG гену ІЛ-10 (rs 1800872) прогнозують високий ризик формування ускладнень, що пов’язані з приєднанням вторинної бактеріальної мікрофлори. За наявності генотипу CC гену ІЛ-10 (rs 1800896) прогнозують високий ризик розвитку дисимінованої форми та рецидивуючого перебігу оперізувального герпесу у дорослих. За умов формування локалізованої форми з носійством генотипу CC прогнозують ураження паравертебральних гангліїв.
8. Визначення генетичного поліморфізму ІЛ-10 дозволяє спрогнозувати тяжкий ускладнений та рецидивуючий перебіг оперізувального герпесу у імунокомпетентних осіб, ризик дисимінації та генералізації інфекції, спрогнозувати розвиток певних ускладнень з ураженням нервової системи, очей та вісцеральних органів, підвищити ефективність ранньої діагностики оперізувального герпесу та його ускладнень, а також дозволить своєчасно індивідуалізувати лікування цих пацієнтів.
9. Набір реагентів для визначення поліморфізму; лаборант для якісного виділення ДНК та визначення поліморфізму; ампліфікатор у реальному часі для визначення поліморфізму.
10. Захворювання на оперізувальний герпес у імунокомпетентних дорослих осіб.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра інфекційних хвороб, тел. (093) 53947-44.
14. Немає.
15. Рябоконь О.В., Оніщенко Н.В. (0988357011).

Реєстр. № 66/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ УСПІШНОСТІ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.

2. НДР «Оптимізація ранньої діагностики та лікування хворих на найбільш поширені інфекційні захворювання, що перебігають на тлі коморбідної патології у дорослих та дітей», 0117U006956, 2017-2021 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136009. МПК G01N 33/49 (2006.01). Спосіб прогнозування успішності терапії у хворих на хронічний гепатит С / Рябоконь Ю.Ю., Калашник К.В.; заявник та патентовласник Запорізький державний медичний університет. - № u201902249; заявл. 05.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування успішності терапії у хворих на хронічний гепатит С включає в себе визначення позиції C/G гену ІЛ-6 rs1800795 (-174), що забезпечить підвищення ефективності достовірного прогнозування завершення терапії з досягненням СВВ через 24 тижні (СВВ 24) після закінчення лікування. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає виділення зразків тотальної ДНК з венозної крові та визначення генетичного поліморфізму гену ІЛ, новим є те, що визначають однонуклеотидний поліморфізм гену ІЛ-6 rs1800795 (-174, C/G). За наявності генотипу СС гену ІЛ-6 rs1800795 прогнозують високу вірогідність успішного досягнення СВВ 24 тижні після завершення ПВТ, а наявність генотипів CG/GG свідчить про низьку результативність ПВТ.
8. Визначення генетичного поліморфізму ІЛ-6 дозволяє спрогнозувати вірогідність успішного досягнення СВВ 24 та проводити більш ретельний відбір пацієнтів; генетичний поліморфізм є стали не змінюється протягом життя.
9. Набір реагентів для визначення поліморфізму; лаборант для якісного виділення ДНК та визначення поліморфізму; ампліфікатор у реальному часі для визначення поліморфізму.
10. Відбір хворих на хронічний гепатит С для проведення специфічної противірусної терапії за схемою - peg-IFN+RBV+SOF.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра інфекційних хвороб, тел. (093) 53947-44.
14. Немає.
15. Рябоконь Ю.Ю., Калашник К.В. (0634749425).

Реєстр. № 67/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ШВИДКОГО ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С.

2. НДР «Визначення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів у патогенезі інфекційних захворювань», 0113U005006, 2013-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 11543. МПК A61B 5/00 Спосіб прогнозування швидкого прогресування фіброзу печінки при хронічному гепатиті / Дубинська Г.М., Сизова Л.М., Коваль Т.І., Кайдашев І.П., Ізюмська О.М. - № u201609252; заявл.05.09.2016; опубл. 25.04.2017. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Запропонований отосіб може бути застосований для дорослих із хронічним гепатитом С на етапі диспансерного спостереження з метою визначення пріоритетної щодо призначення противірусної терапії групи хворих. Спосіб включає

загально-клінічне, лабораторне і молекулярно-біологічне обстеження та полягає в тому, що вірогідність швидкого прогресування фіброзу печінки при хронічному гепатиті С обчислюється шляхом внесення у формулу моделі логістичної регресії відповідних рангів (1 - так (ознака має місце), 0 - ні) визначених факторів ризику (чоловіча стать, наявність хронічного холециститу та/або панкреатиту, вищі за верхню межу норми показники гама-глутамілтранспептидази, аспартат- амінотрансферази, загального білірубіну, нормальний генотип Gln/Gln або Gln/- гена TLR7): розрахований показник більше 0,5 дозволяє віднести пацієнта до групи ризику за даною ознакою.

8. Позитивним ефектом запропонованого способу є можливість із високою точністю (94,5%) прогнозувати вірогідність швидкого прогресування фіброзу печінки при хронічному гепатиті С і сформувати пріоритетну щодо призначення противірусної терапії групу хворих на основі комплексної оцінки клініко-лабораторних характеристик, більшість із яких використовуються в рутинній клінічній практиці.
9. Загально-клінічні та лабораторні обстеження, які передбачені загальноприйнятими світовими і регіональними протоколами діагностики та лікування хронічного гепатиту С, доповнені визначенням генетичних маркерів вродженого імунітету (генотип Gln/Gln або Gln/- гена TLR7).
10. Клінічним показанням для застосування запропонованої корисної моделі є верифікований діагноз хронічного гепатиту С у дорослих.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Дубинська Г.М., Сизова Л.М. (053502701), Коваль Т.І., Кайдашев І.П., Ізюмська О.М.

Реєстр. № 68/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПНЕВМОКОКОВОГО 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 винахід № 119501. МПК G01N 33/543, G01N 33/53. Спосіб прогнозування перебігу гострого пневмококового менінгіту / Козько В.М., Зоц Я.В., Сохань А.В., Соломенник Г.О., Гаврилов А.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201710257; заявл. 23.10.2017; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Спосіб прогнозування перебігу гострого пневмококового менінгіту шляхом визначення вмісту адренокортикотропного гормону в цереброспінальній рідині. A method of predicting the course of acute pneumococcal meningitis by determining the content of an adrenocorticotropic hormone in a cerebrospinal fluid.
7. Розроблено спосіб прогнозування перебігу гострого пневмококового менінгіту, який передбачає біохімічне дослідження цереброспінальної рідини з наступним прогнозуванням перебігу гострого пневмококового менінгіту шляхом визначення в цереброспінальній рідині адренокортикотропного гормону. Якщо вміст адренокортикотропного гормону в цереброспінальній рідині є вищим за 45 пг/мл, прогнозують украй тяжкий перебіг хвороби з несприятливим (летальним) наслідком.

8. Медичні - підвищення точності прогнозування перебігу гострого пневмококового менінгіту, запобігання формування тяжких ускладнень. Соціальні - зменшення смертності і інвалідності від бактеріальних менінгітів пневмококової етіології, відновлення якості життя. Економічні - скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі.
9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епендорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, колориметричний біохімічний аналізатор, набор реактивів для визначення в цереброспінальній рідині вмісту адренокортикотропного гормону ензиматичним колориметричним методом.
10. Гострі бактеріальні менінгіти пневмококової етіології.
11. Наявність вираженого набряку-набухання головного мозку, об'ємного утворення головного мозку, судом, значної гіпотонії, оклюзійної гідроцефалії, пролежнів або гнійного 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. № 69/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКУ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ.

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 № 119954. МПК A61B 10/00, G01N 33/53, G01N 33/569. Спосіб прогнозування наслідку уражень центральної нервової системи інфекційного ґенезу у ВІЛ-інфікованих осіб / Козько В.М., Гвоздецька М.Г., Соломенник Г.О., Юрко К.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № a201807782; заявл. 11.07.2018; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Спосіб прогнозування наслідку уражень центральної нервової системи інфекційного ґенезу у ВІЛ-інфікованих осіб шляхом оцінки вірусного навантаження ВІЛ, відносного вмісту паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові, вмісту основного білка мієліну у цереброспінальній рідині та сироватці крові з урахуванням загального стану хворого та вираженості ригідності м'язів потилиці. Method of outcome prognosis of the central nervous system infectious affection in HIV- infected individuals by evaluating of HIV viral load, relative content of stab neutrophils in peripheral blood, myelin basic protein content in cerebrospinal fluid and serum taking into account the patients general condition and the expressiveness of neck rigidity.
7. Спосіб прогнозування наслідку уражень центральної нервової системи у ВІЛ- інфікованих осіб, який передбачає визначення клінічних ознак і лабораторних параметрів цереброспінальної рідині з наступним прогнозуванням наслідку уражень центральної нервової системи інфекційного ґенезу у ВІЛ-інфікованих осіб шляхом визначення тяжкості стану пацієнта, вираженості ригідності м'язів потилиці, відносного вмісту паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові, вірусного навантаження ВІЛ та вимірювання вмісту основного білка мієліну у сироватці крові та цереброспінальній рідині. Кожному показнику надають прогностичний коефіцієнт наступним чином: вірусне навантаження ВІЛ, РНК копій/мл - <20000 - + 12,0 балів, 20001-90000 - -3,4 балів, > 90001 - -6,0 балів; загальний стан хворого - середньої тяжкості - +5,1 балів, тяжкий - -7,4 балів; ступінь ригідності м'язів

потилиці, см - за відсутності - +4,5 балів, при 1-2 —1,5 балів, при > 3 —8,8 балів; вміст паличкоядерниих нейтрофілів у крові, % - <1 - +9,6 балів, 2-5 - 0 балів, > 6 - -
4,2 балів; вміст основного білка мієліну у цереброспінальній рідині, нг/мл - < 1,0 - - 7,9 балів, 1,0-2,0 - 0 балів, > 2,1 - +4,1 балів; вміст основного білка мієліну у сироватці крові, нг/мл - < 0,30 - +2,6 балів, > 0,31 - 8,5 балів; потім проводять алгебраїчне підсумовування значень прогностичних коефіцієнтів і, якщо алгебраїчна сума прогностичних коефіцієнтів із знаком (-), прогнозують летальний наслідок ураження ЦНС, а якщо із знаком (+) - сприятливий перебіг хвороби.

8. Медичні - підвищення точності прогнозування наслідку уражень центральної нервової системи інфекційного ґенезу у ВІЛ-інфікованих осіб, запобігання формування тяжких ускладнень. Соціальні - зменшення смертності і інвалідності від уражень центральної нервової системи інфекційного ґенезу у ВІЛ-інфікованих осіб, відновлення якості життя пацієнтів. Економічні - скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі.
9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епендорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, колориметричний біохімічний аналізатор, набор реактивів для визначення в цереброспінальній рідині та сироватці крові вмісту основного білка мієліну ензиматичним колориметричним методом.
10. ВІЛ-інфекція з ураженням центральної нервової системи інфекційного ґенезу.
11. Наявність вираженого набряку-набухання головного мозку, об’ємного утворення головного мозку, судом, значної гіпотонії, оклюзійної гідроцефалії, пролежнів або гнійного ураження у ділянці попереку.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Козько В.М., Гвоздецька М.Г., Соломенник Г.О. (0502037972), Юрко К.В.

КАРДІОЛОГІЯ Реєстр. № 70/6/19

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА СУПУТНІЙ ОСТЕОАРТРОЗ З ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ТА ГІПЕРТРИГЛІЦЕРИДЕМІЄЮ.
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 2015-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128127. МПК A61K 31/00, A61P 9/12 (2006.1) . Спосіб корекції гіперліпідемії у хворих на артеріальну гіпертензію та супутній остеоартроз з гіперхолестеринемією та гіпертригліцеридемією / Ілащук Т.О., Микитюк О.П., Окіпняк І.В. - № u201800389; заявл. 15.01.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Перебіг артеріальної гіпертензії, поєднаної з остеоартрозом та гіперліпідеміями, характеризується розвитком і персистуванням атерогенної дисліпідемії, яку діагностують в понад 90% клінічних випадків. Підвищення показників ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності, індексу атерогенності та достовірне

зниження вмісту ліпопротеїдів крові високої щільності створює потребу постійного контролю за перебігом поєднаних захворювань і призначення гіполіпідемічної терапії. Клінічний протокол надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на артеріальну гіпертензію передбачає корекцію гіперліпідемії з використанням статинів та комбінацій статинів і поліненасичених жирних кислот після оцінки ступеня ендотеліальної дисфункції. Проте, визначення ендотеліальної дисфункції за допомогою цитокінів є дороговартісним і недоступне в рутинній лікарській практиці; дискутабельною є мінімальна тривалість прийому поліненасичених жирних кислот, за якої проявиться додатковий гіполіпідемічний ефект; дотепер не до кінця врахований факт, що навіть за незначної ендотеліальної дисфункції ефекти статинів є неоднозначними: до них існує індивідуальна чутливість, а також непереносимість тих чи інших форм (широкий спектр небажаних явищ включає вплив на опорно-руховий апарат, підвищення рівнів печінкових ферментів тощо). Омега-3-поліненасичені жирні кислоти виявляють коригуючі властивості дисліпідемії, покращують реологічні властивості крові, підвищують чутливість тканин до інсуліну. Вважають, що омега-3-поліненасичені жирні кислоти діють мнергічно і потенціюють ефекти статинів, насідком чого є комплетена гіполіпідемічна дія. Комплексна терапія хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом із включенням епадолу-нео до терапевтичного комплексу упродовж 2 місяців позитивно впливає на клінічний перебіг захворювань, значніше, порівняно із застосуванням статинів окремо, знижує вміст загального холестерину, тригліцеридів, збільшує вміст ліпопротеїдів високої щільності на 20,9%. Всі вищеперераховані дослідження є аналогом корисної моделі, що заявляється нами.

8. Підвищення ефективності терапевтичного лікування хворих на остеоартроз та артеріальну гіпертензію за гіперліпідемії, при якому наприкінці 2 місяця лікування епадолом-нео додатково до базової терапії захворювань достовірно значніше зменшувався вміст у крові холестерину, тригліцеридів, і суттєвіше зростав вміст ліпопротеїдів високої щільності. Медична ефективність:досягнення гіполіпідемічного ефекту (достовірно суттєвішого знижен гіперхолестеринемією та гіпертригліцеридемією. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров’я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти кардіоваскулярних ускладнень зі змогою використовувати поліненасичені жирні кислоти у пацієнтів із слабо вираженою ендотеліальною дисфункцією за непереносимості вищих доз статинів. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностико-лікувальний процес, оскільки не потрібно затрат часу і реагентів для оцінки ендотеліальної дисфункції, чітко окреслено мінімальну тривалість прийому поліненасичених жирних кислот у складі комплексного лікування цільового контингенту.
9. Епадол-нео по 1 капсулі 2 рази на добу перорально терміном мінімально на 2 місяці додатково до базової терапії основної та супутньої патології, а також гіперліпідемії з використанням статинів. В подальшому хворого лікують згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на артеріальну гіпертензію (наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р.).
10. Поєднання артеріальної гіпертензії з остеоартрозом на фоні гіперхолестеринемії та гіпертригліцеридемії.
11. Стани, перелічені в інструкції виробника до препарату «Епадо-нео»: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу Загострення хронічного холециститу, загострення хронічного панкреатиту, загострення захворювань

гепатобіліарної системи, жовчнокам'яна хвороба, патологічні стани, що включають геморагічний синдром.

12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097), Окіпняк І.В.

Реєстр. № 71/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ДИСАДИПОКІНЕМІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА СУПУТНІЙ ОСТЕОАРТРОЗ З ОЖИРІННЯМ ТА ОЗНАКАМИ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ.

2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 2015-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126849. МПК A61K 31/00, A61P 19/12 (2006.1) . Спосіб корекції дисадипокінемії у хворих на артеріальну гіпертензію та супутній остеоартроз з ожирінням та ознаками гіперліпідемії / Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097), Окіпняк І.В., Микитюк О.Ю. - № u201800388; заявл. 15.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Аліментарне ожиріння, навіть при помірному підвищенні маси тіла, відіграє ключову роль у розвитку гіперліпідемії, серцево-судинних захворювань [Bluher S., Schwarz P., 2014], і є фоном для розвитку і прогресування та уражень опорно- рухового апарату. Вісцеральна жирова тканина вважається ендокринним органом, синтезує адипокіни (лептин, адипонектин, апелін), котрі є важливими ланками низькомолекулярного системного запального процесу і є фоном для розвитку і прогресування атеросклерозу, гіпертензії та уражень опорно-рухового апарату, зокрема, остеоартрозу. Кінцева мета комплексної терапії хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом із гіперліпідемією - не лише усунення симптомві та покращення якості життя у хворих, але й сповільнення прогресування захворювань, зниження ризику розвитку віддалених наслідків у вигляді серцево- судинних катастроф тощо. Оотовна функція омега-3-ПНЖК полягає у корекції гіпер- і дисліпідемії: зниженні ^щезу тригліцеридів та їх тражпортного білка аполіпопротеїну В у печінці, а також у підвищенні екскреції загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності зокрема. Окрім того, поліненасичені жирні кислоти здатні до регуляції центральних симпатоактивуючих ефектів лептину, нормалізації балатоу ліпідів плазми крові, оптимізуюючи реологічні властивості крові, підтримуючи ендотелійзалежну вазодилатацію, зменшуючи вираженість ^ст^много низькоім'е^таного запалення при метаболічному отндромі [Федоров С.В., 2013]. Застосування способу у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом із включенням омега-3-поліненасичених жирних кислот позитивно впливає на клінічний перебіг захворювань, достовірно знижує рівень лептину та сприяє зростанню концентрації адипонектину.
8. Наразі, основною метою статинової та подвійної, із включенням омега-3- поліненасичених жирних кислот, терапії є котроль рівня у крові загального холестерину, ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької щільності і

тригліцеридів, які є менш динамічними і ненадійними щодо віддаленого прогнозування перебігу серцево-судинної патології. Медична ефективність: Наші до^ідження показали, що рівень адипонектину зменшується у хворих з ознаками гіперліпідемії, і вираженість джбалажу адипокінів - зменшення адипонектину на фоні зростання вмісту лептину, зростає при паралельному юнуванні коморбідних станів у хворого. І лептин, і адипонектин є чутливими показниками, які чітко корелюють не лише з надлишком мам тіла, але й з проявами коморбідності: вміст обох адипокінів достовірно зростав у хворих з поєднанням артеріальної гіпертензії за ожиріння. Корекція зазначених розладів є ефективним патогенетично спрямованим лікуванням хворих на артеріальну гіпертензію та супутній остеоартроз з ожирінням та ознаками гіперліпідемії. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувально-діагностичних заходів, зручний для пацієнта і лікаря шлях уведення органопротекторного препарату як на госпітальному, так і на позагоспітальному етапах. Економічна ефективність: Обґрунтовано чіткі терміни і дозування застосування препарату, підтверджена можливість досягнення значнішого гіполіпідемічного ефекту, усунення дисадипокінемії (достовірне зменшення рівня лептину в 1,44 рази, зростання концентрації адипонектину у 2,0 рази) у хворих на артеріальну гіпертензію з остеоартрозом, ожирінням та дисадипокінемією.

9. Епадол-нео шляхом призначення по 1 капсулі 2 рази на добу перорально терміном мінімально на 2 місяці додатково до базової терапії основної та супутньої патології. В подальшому хворого лікують згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на артеріальну гіпертензію та остеоартроз.
10. Артеріальна гіпертензія та супутній остеоартроз з ожирінням та ознаками гіперліпідемії.
11. Стани, перелічені в інструкції виробника до препарату «Епадо-нео»: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу Загострення хронічного холециститу, загострення хронічного панкреатиту, загострення захворювань гепатобіліарної системи, жовчнокам'яна хвороба, патологічні стани, що включають геморагічний синдром.
12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097), Окіпняк І.В., Микитюк О.Ю.

Реєстр. № 72/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА СУПУТНІЙ ОСТЕОАРТРОЗ З ГІПЕРЛІПІДЕМІЄЮ ТА ДИСАДИПОКІНЕМІЄЮ.

2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 2015-2019

   РР.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126853. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб оцінки ефективності гіполіпідемічної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію та супутній остеоартроз з гіперліпідемією та дисадипокінемією / Ілащук Т.О.,

Микитюк О.П., Окіпняк І.В., Бачук-Понич Н.В., Микитюк О.Ю. - № u201800407; заявл. 15.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.

6. Немає.
7. Вісцеральна жирова тканина є ендокринним органом, синтезує адипокіни (лептин, адипонектин) дисбаланс котрих є важливою патогенетичною ланкою для розвитку і прогресування гіпертензії та остеоартрозу [Bluher S., Schwarz P., 2014]. Підвищення показників ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності, індексу атерогенності та достовірне зниження вмісту ліпопротеїдів крові високої щільності підтверджує розвиток і персистування атерогенної дисліпідемії при артеріальній гіпертензії, поєднаній з остеоартрозом та ожирінням, яку діагностують в понад 90% клінічних випадків. Діагностичний протокол для хворих на артеріальну гіпертензію, що передбачає оцінку ліпідограми (загальний холестерин, рівень тригліцеридів, вміст ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької щільності у крові хворих, індекс атерогенності) до лікування і в його динаміці. Показники ліпідограми менш специфічні, і величини їхніх значень можуть змінюватися за відносно короткі проміжки часу залежно від способу життя, дієти тощо, що ускладнює їх використання для оцінки віддаленої ефективності гіполіпідемічної терапії та зменшує прогностичну цінність. Зменшення вмісту адипонектину в крові при метаболічному синдромі претендує на роль раннього і чутливого маркера ризику розвитку кардіоваскулярної патології та її ускладнень. І лептин, і адипонектин є чутливими показниками, які чітко корелюють не лише з надлишком маси тіла, але й з прогресуванням захворювань: вміст обох адипокінів достовірно змінюється у хворих із поєднанням артеріальної гіпертензії і остеоартрозу, порівняно з їх концентрацією у пацієнтів з таким же індексом маси тіла, але з ізольованими нозологіями, залишаючись в межах допустимих значень у здорових осіб.
8. Наразі, оцінку ефективності статинової та подвійної, із включенням омега-3- поліненасичених жирних кислот, терапії здійснюють лише за рівнем у крові загального холестерину, ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької щільності і тригліцеридів, які є менш динамічними і ненадійними щодо віддаленого прогнозування перебігу серцево-судинної патології. Наші до^ідження показали, що РІВЄНЬ адипонектину зменшується у хворих з ознаками гіперліпідемії, І вираженість дтобалажу адипокінів - зменшення адипонектину на фоні зростання вмісту лептину, зростає при паралельному юнуванні коморбідних станів у хворого. І лептин, І адипонектин є чутливими показниками, які чітко корелюють не лише з надлишком мам тіла, але й з проявами коморбідності: вміст обох адипокінів достовірно зростав у хворих з поєднанням артеріальної гіпертензії за ожиріння. Підтверджена обернена кореляція вмісту у крові хворих на коморбідну патологію лептину та адипонектину при ожирінні підкреслює важливість контролю не лише абсолютного вмісту кожного з досліджуваних адипокінів, але й їх балансу в організмі. Медична ефективність: Обрані показники - рівні лептину та адипонектину - характеризують не лише неспецифічну ланку низькомолекулярного системного запалення, але й дають змогу оцінити біологічну активність вісцеральної жирової тканини, що є важливим у хворих із ознаками метаболічного синдрому. Запропонований спосіб дає можливість формування віддаленого прогнозу щодо ризику прогресування і розвитку серцево-судинних ускладнень хворого шляхом оцінки динаміки нівелювання у процесі лікування дисадипокінемії. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності діагностичних заходів як на госпітальному, так і на позагоспітальному етапах. Економічна ефективність: вдосконалено спосіб оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію та супутній остеоартроз із гіперліпідемією та дисадипокінемією, шляхом додаткового, паралельно до ліпідограми, визначення рівнів лептину та адипонектину у сироватці крові з

використанням твердофазового імуноферментного методу на початку та наприкінці курсу лікування гіполіпідемічними препаратами.

9. Додаткове, паралельно до ліпідограми, визначення рівнів лептину та адипонектину у отроватці крові з використанням твердофазового імуноферментного методу на початку та наприкінці курсу лікування гіполіпідемічними препаратами.
10. Артеріальна гіпертензія та супутній остеоартроз з ожирінням та ознаками гіперліпідемії.
11. Немає.
12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097), Окіпняк І.В., Бачук-Понич Н.В., Микитюк О.Ю.

Реєстр. № 73/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТОЛІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ СТАБІЛЬНІЙ КОРОНАРНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ.

2. НДР «Патогенетичні паралелі між нейрогуморальними, метаболічними й структурно-функціональними порушеннями та характером перебігу різних серцево- судинних захворювань і коморбідних станів, оптимізація фармакологічної корекції», 0114U007197.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 104315. МПК G01N 33/48 (2006.01), A61B 5/00. Спосіб прогнозування розвитку систолічної серцевої недостатності при ішемічній хворобі серця, стабільній і нестабільній стенокардії / Денесюк В.І., Денесюк О.В., Музика Н.О., заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. - № u201506596; заявл. 06.07.2015; опубл. 25.01.2016. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування розвитку систолічної серцевої недостатності при стабільній коронарній хворобі серця полягає в тому, що у хворих з вказаною патологією методом ехокардіографії визначають фракцію викиду лівого шлуночка, а вазодилятаторні властивості судин - вміст нітритів, нітратів та сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові - біохімічним методом з реактивом Гриса, і при зменшенні вмісту нітритів - на 40,6 %, нітратів - на 88,6 %, нітратів+нітритів - на 70,6 % прогнозують розвиток систолічної серцевої недостатності в 89,1 %.
8. Медичні - визначення осіб з високим серцево-судинним ризиком, вчасне проведення профілактичних та лікувальних заходів з урахуванням індивідуальнихособливостей хворих. Соціальні - покращення якості життя у хворих на стабільну коронарну хворобу серця шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування хворих на стабільну коронарну хворобу за рахунок зниження ліжко-днів.
9. Ультразвукова система General Electric Vivid 7 Dimension (США), лікар - функціональної діагностики. Реактиви для визначення сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові - біохімічним методом з реактивом Гриса, пробірки - епіндорф, лікар - лаборант.
10. Вивчення рівнів факторів ендотеліальної дисфункції для пацієнтів на стабільну коронарну хворобу серця для розробки удосконалення діагностики систолічної серцевої недостатності.

11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 3.
14. Немає.
15. Афанасюк О.І., Денесюк О.В., Денесюк В.І., Іванов В.П., Музика Н.О. (0673757410).

Реєстр. № 74/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ЕКСЦЕНТРИЧНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ КОРОНАРНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ, УСКЛАДНЕНІЙ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.
2. НДР «Патогенетичні паралелі між нейрогуморальними, метаболічними й структурно-функціональними порушеннями та характером перебігу різних серцево- судинних захворювань і коморбідних станів, оптимізація фармакологічної корекції», 0114U007197.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 104316. МПК G01N 33/48 (2006.01), A61B 5/00. Спосіб прогнозування розвитку та прогресування ексцентричного ремоделювання лівого шлуночка при ішемічній хворобі серця, стабільній і нестабільній стенокардії, ускладненій серцевою недостатністю / Денесюк В.І., Денесюк О.В., Музика Н.О., Шушковська Ю.Ю., Сарафенюк О.П.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. - № u201506599; заявл. 06.07.2015; опубл. 25.01.2016. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування розвитку та прогресування ексцентричного ремоделювання лівого шлуночка при стабільній коронарній хворобі серця, ускладненій хронічною серцевою недостатністю, полягає в тому, що у хворих з методом ехокардіографії визначають величину кінцево-діастолічного та кінцево-систолічного об’ємів лівого шлуночка, а вміст нітритів, нітратів та сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові - біохімічним методом з реактивом Гриса і при зменшенні вмісту нітритів - на 40,6 %, нітратів - на 88,6 %, нітратів+нітритів - на 70,6 % прогнозують збільшення кінцево-систолічного об’єму лівого шлуночка на 208,7 %, кінцево- діастолічного об’єму - 128,4 %, що свідчить про розвиток чи прогресування ексцентричного ремоделювання лівого шлуночка.
8. Медичні - визначення осіб з високим серцево-судинним ризиком, вчасне проведення профілактичних та лікувальних заходів з урахуванням індивідуальнихособливостей хворих. Соціальні - покращення якості життя у хворих на стабільну коронарну хворобу серця шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування хворих на стабільну коронарну хворобу за рахунок зниження ліжко-днів.
9. Ультразвукова система General Electric Vivid 7 Dimension (США), лікар - функціональної діагностики. Реактиви для визначення сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові - біохімічним методом з реактивом Гриса, пробірки - епіндорф, лікар - лаборант.
10. Вивчення рівнів факторів ендотеліальної дисфункції для пацієнтів на стабільну коронарну хворобу серця, ускладнену хронічною серцевою недостатністю для розробки удосконалення діагностики розвитку та прогресування ексцентричного ремоделювання.
11. Немає.

12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 3.
14. Немає.
15. Шмалій В.І., Білонько О.Ф., Осядла Е.С., Денесюк В.І., Іванов В.П., Музика Н.О. (0673757410).

Реєстр. № 75/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВЕЛИЧИНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ КОРОНАРНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, УСКЛАДНЕНУ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.

2. НДР «Патогенетичні паралелі між нейрогуморальними, метаболічними й структурно-функціональними порушеннями та характером перебігу різних серцево- судинних захворювань і коморбідних станів, оптимізація фармакологічної корекції», 0114U007197.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 104317. МПК A61B 5/00, A61B 10/00. Спосіб прогнозування величини артеріального тиску у хворих при ішемічній хворобі серця, стабільній і нестабільній стенокардії, ускладненої серцевою недостатністю / Денесюк В.І., Денесюк О.В., Музика Н.О., Шушковська Ю.Ю., Семиконь О.І.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. - № u201506602; заявл. 06.07.2015; опубл. 25.01.2016. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування величини артеріального тиску у хворих на стабільну коронарну хворобу серця, ускладнену хронічною серцевою недостатністю, відрізняється тим, що у таких хворих методом Короткова вимірюємо артеріальний тиск на плечовій артерії і біохімічним методом визначаємо вазодилататори - вміст нітритів, нітратів та сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові; при зменшенні вмісту нітритів - на 40,6 %, нітратів - на 88,6 %, нітратів+нітритів - на
70,7 % прогнозуємо величину систолічного артеріального тиску 142,4 ± 5,1 мм рт. ст., діастолічного - 86,70 ± 2,95 мм рт. ст.
8. Медичні - визначення осіб з високим серцево-судинним ризиком, вчасне проведення профілактичних та лікувальних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей хворих. Соціальні - покращення якості життя у хворих на стабільну коронарну хворобу серця шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування хворих на стабільну коронарну хворобу за рахунок зниження ліжко-днів.
9. Реактиви для визначення сумарного рівня нітратів та нітритів у сироватці крові - біохімічним методом з реактивом Гриса, пробірки - епіндорф, лікар - лаборант.
10. Вивчення рівнів факторів вазодилятації для пацієнтів на стабільну коронарну хворобу серця, ускладнену хронічною серцевою недостатністю для розробки удосконалення діагностики ендотеліальної дисфункції.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 3.
14. Немає.
15. Ковальчук О.В., Нюшко ТЮ., Денесюк В.І., Іванов В.П., Музика Н.О. (0673757410).

Реєстр. № 76/6/19

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЧАСТІ НАПАДИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ
2. НДР «Патогенетичні паралелі між нейро-гуморальними, метаболічними й структурно-функціональними порушеннями та характером перебігу різних серцево- судинних захворювань і коморбідних станів, оптимізація фармакологічної корекції», 0114U007197.
3. Кардіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131439. МПК A61K 31/00. Спосіб оптимізації лікування пацієнтів на гіпертонічну хворобу та часті напади фібриляції передсердь / Іванов В.П., Данілевич Т.Д.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. - № u201808480; заявл. 06.08.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Хворим на гіпертонічну хворобу з частими нападами фібриляції передсердь до стандартної антиаритмічної терапії препаратами 1С класу (пропафенон, етацизин) додатково призначають фіксовану комбінацію блокатору рецепторів ангіотензину II - лозартану в дозі 50-100 мг/добу з тіазидним діуретиком - гідрохлортіазидом в дозі 12,5 мг/добу.
8. Представлений спосіб вторинної профілактики пароксизмів фібриляції передсердь у хворих на гіпертонічну хворобу є більш досконалим, адже враховує необхідність додаткового впливу на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему шляхом застосування блокатора рецептора ангіотензину II, а також тіазидного діуретика, як обов'язкового компонента антигіпертензивної терапії.
9. Кардіологи, терапевти, лікарі загальної практики-сімейної медицини, комбіновані антигіпертензивні препарати (лозартан/гідрохлортіазид 50-100/12,5 мг).
10. Гіпертонічна хвороба II стадії з частими нападами фібриляції передсердь.
11. Підвищена чутливість до лозартану, похідних сульфаніламідів або до будь-яких допоміжних речовин, тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну <30 мл/хв.), анурія, тяжка печінкова недостатність, холестаз, обструктивні захворювання жовчовивідних шляхів, терапевтично резистентна гіпокаліємія або гіперкальціємія, рефрактерна гіпонатріємія, симптоматична гіперурикемія/подагра. Вагітність або планування вагітності, період годування груддю, дитячий вік.
12. Ретельний відбір цільової категорії хворих, оцінка протипоказів до лікування.
13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 3.
14. Немає.
15. Іванов В.П., Данілевич Т.Д.

Реєстр. № 77/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ.

2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики, прогнозування та лікування хронічної серцевої недостатності у хворих з синдромом обструктивного апное сну та ожирінням», 0116U005636.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2++,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 131671. МПК (2006.01) G01N 33/50. Спосіб прогнозування розвитку та прогресування серцевої недостатності у

хворих з синдромом обструктивного апное сну / Токаренко О.І., Андреєва Я.О.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201808038; заявл. 19.07.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.

6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу прогнозування розвитку та прогресування хронічної серцевої недостатності при синдромі обструктивного апное сну шляхом визначення іншого, більш специфічного біохімічного маркеру, що забезпечить підвищення достовірності, специфічності та чутливості прогнозування. Поставлена задача вирішується тим, що в способі, який полягає у визначенні біохімічних маркерів у крові пацієнта визначають сироватковий галектин-3, і, якщо він вище 19 нг/мл, то прогнозують високу вірогідність розвитку та прогресування серцевої недостатності при синдромі обструктивного апное сну.
8. Клінічна ефективність: дозволяє швидко та з достатньою чутливістю і специфічністю оцінити ризик розвитку серцевої недостатності при синдромі обструктивного апное сну, що дозволяє покращити діагностику, своєчасно призначити адекватне патогенетичне лікування в необхідному обсязі та суттєво покращити прогноз. Соціальна ефективність: застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить попередити розвиток ускладнень. Економічна ефективність: зниження рівня захворюваності, інвалідізації та смертності від хронічної серцевої недостатності.
9. Лабораторні приналежності для проведення імуноферментного визначення рівня галектину-3.
10. Наявність синдрому обструктивного апное сну.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра внутрішніх хвороб, загальної практики-сімейної медицини, профпатології та медичної реабілітації. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Токаренко О.І., Андреєва Я.О.

Реєстр. № 78/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНУ З НЕ АЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
2. НДР «Неалкогольна жирова хвороба печінки: вплив на перебіг серцево-судинних захворювань, оптимізація лікування», 0118U004756, 2018-2020 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 118590. МПК (2018.01) A61B 8/00, G01N 33/50 (2006.1) . Спосіб прогнозування прогресуючого перебігу кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки / Вірстюк Н.Г., Вакалюк І.І. - № a201613050; заявл. 21.12.2016; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ступеня прогресування кардіосклерозу, що включає проведення ехокардіографії, який відрізняється тим, що у хворих на стабільну

ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки, додатково визначають вміст колагену IV типу в крові, розраховують індекс маси міокарда лівого шлуночка ІММ ЛШ за формулою ІММ ЛШ = ММ ЛШ : зріст^{2,7}, де ММ ЛШ - маса міокарда лівого шлуночка, визначена за формулою Penn-Convention, та розраховують індекс гепато-міокардіального фіброзу, який являє собою співвідношення вмісту колагену IV типу в крові та ІММ ЛШ, і прогнозують ступінь прогресування кардіосклерозу при його величині від 1,6 до 2,0 як незначний; понад 2,0 до 3,0 - помірний; понад 3,0 - значний.

8. На підставі здійснених досліджень покращиться прогнозування прогресуючого перебігу кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки за індексом гепато-міокардіального фіброзу, що сприятиме своєчасному призначенню ефективних методів лікування та значно скоротить фармакоекономічні витрати, знизить частоту виникнення ускладнень, покращить прогноз та якість життя таких пацієнтів.
9. Імуноферментний аналізатор для визначення рівня колагену IV типу в крові (мкг/л) імунотурбідометричним методом; ехокардіограф «Sonoace-4800» («Medison», Korea) для визначення індексу маси міокарда лівого шлуночка (г/м^{2,7}) та маси міокарда лівого шлуночка за формулою Penn-Convention.
10. Поліпшення прогнозування прогресуючого перебігу кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій під час визначення рівня колагену IV типу в крові на імуноферментному аналізаторі, індексу маси міокарда лівого шлуночка та маси міокарда лівого шлуночка методом ехокардіографії.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені професора М.М. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Вакалюк І.І. (0667156950).

Реєстр. № 79/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ НА ТЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

2. НДР «Неалкогольна жирова хвороба печінки: вплив на перебіг серцево-судинних захворювань, оптимізація лікування», 0118U004756, 2018-2020 рр.
3. Внутрішня медицина.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 132585. МПК (2019.01) A61B 8/00. Спосіб оцінки ризику прогресування кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця на тлі неалкогольної жирової хвороби печінки / Вірстюк Н.Г., Вакалюк І.І. - № a201613051, заявл. 21.12.2016, опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ризику прогресування кардіосклерозу, що включає проведення ехокардіографії, який відрізняється тим, що у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця на тлі неалкогольної жирової хвороби печінки додатково проводять еластографію печінки та за показником швидкості зсувної хвилі визначають стадію фіброзу паренхіми печінки, розраховують індекс маси міокарда лівого шлуночка ІММ ЛШ за формулою ІММ ЛШ = ММ ЛШ : зріст^{2,7}, де ММ ЛШ - маса міокарда лівого шлуночка, визначена за формулою Penn-Convention, розраховують

кореляційний зв'язок r між стадією фіброзу паренхіми печінки та ІММ ЛТТТ, і оцінюють ризик прогресування кардіосклерозу при r < 0,35, p>0,05 як незначний; r > 0,35 < 0,50, p<0,05 - помірний; r > 0,50 < 0,72, p=0,007 - високий; r > 0,72, p=0,003 - дуже високий.

8. На підставі здійснених досліджень покращиться оцінка ризику прогресування кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольної жирової хвороби печінки залежно від фібротичних процесів у печінці за наявним кореляційним зв'язком між стадією фіброзу паренхіми печінки за показником швидкості зсувної хвилі та індексом маси міокарда лівого шлуночка з метою своєчасного призначення ефективних методів лікування, що значно покращить прогноз та якість життя таких пацієнтів.
9. Еластографія печінки на апараті Siemens ACUSON S2000 (Німеччина) з визначенням величини швидкості зсувної хвилі (м/с); ехокардіограф «Sonoace-4800» («Medison», Korea) для визначення індексу маси міокарда лівого шлуночка (г/м^{2,7}) та маси міокарда лівого шлуночка за формулою Penn-Convention; визначення кореляційного взаємозв'язку за допомогою коефіцієнта рангової кореляції (r) Spearman.
10. Поліпшення оцінки ризику прогресування кардіосклерозу у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, поєднану з неалкогольної жирової хвороби печінки
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій під час визначення величини швидкості зсувної хвилі методом еластографії печінки, індексу маси міокарда лівого шлуночка та маси міокарда лівого шлуночка методом ехокардіографії.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені професора М.М. Бережницького.
14. Немає.
15. Вірстюк Н.Г., Вакалюк І.І. (0667156950).

Реєстр. № 80/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.

2. НДР «Розробка шляхів профілактики серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з різними варіантами перебігу фібриляції/тріпотіння передсердь при тривалому спостереженні», 0119U101457, 2019-2023 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 131832. МПК (2018.01) A61B 5/02 (2006.01), A61B 5/0205 (2006.01), A61B 8/00, G01N 33/48 (2006.01), A61K 31/00, A61P 9/00. Спосіб оцінки ризику розвитку ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця / Єпанчінцева
   О.А.; заявники і патентовласники Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та ДУ «Інститут серця МОЗ України». - № u201811146; заявл. 12.11.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ризику ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця включає проведення клініко- інструментального обстеження, статистичного аналізу, виявлення предикторів. Додатково враховують вплив периопераційної медикаментозної терапії, а як

незалежні предиктори використовують периопераційний прийом статинів та враховують ступінь тяжкості цукрового діабету.

8. Спосіб оцінки ризику ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця дозволить вчасно діагностувати порушення ритму та провідності, прояв серцевої недостатності та порушення функції нирок з метою призначення адекватного лікування.
9. Клініко-інструментальне обстеження (електрокардіографічне і ехокардіографічне дослідження, холтерівський моніторинг електрокардіограми), лабораторне дослідження (С-реактивний протеїн), опитування пацієнтів.
10. Для визначення ранніх і пізніх ускладнень після операції аортокоронарного шунтування (порушень ритму/провідності, розвитку серцевої недостатності).
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., Єпанчінцева О.А., Ткаченко Л.О. (0442916128).

Реєстр. № 81/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ.

2. НДР «Розробка раціональних підходів до діагностики та 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 № 13197. МПК G01N 33/48, G01N 21/00 Спосіб прогнозування ризику виникнення порушення серцевого ритму при ішемічній хворобі серця / Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Кузнєцова-Арабулі Ю.В., Добрянський Д.В., Міхайлевська Т.В. - № u201808174; заявл. 24.07.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ризику виникнення порушення серцевого ритму при ішемічній хворобі серця, який характеризується тим, що включає визначення спектрофотометричним методом показника окиснювальної модифікації білків (ОМБ) плазми крові при довжині хвилі збудження 356 нм і при його величині 3,0-5,3 од. опт. щільності/мл прогнозують ризик виникнення порушення серцевого ритму.
8. Запропонований спосіб дозволяє своєчасно з максимальною точністю визначити показник ОМБ при довжині хвилі збудження 365 нм як маркер прогнозування ризику виникнення порушення серцевого ритму Цей спосіб є високо інформативним для виявлення нечастих епізодів аритмій серця.
9. Спектральний фотометр.
10. Нечасті епізоди аритмій серця у пацієнтів з ішемічною хворобою серця.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра внутрішньої медицини № 3. м. Київ, вул. П. Запорожця, 26,
14. Київська міська клінічна лікарня № 3, тел. (044) 540-96-91.
15. Яременко О.Б. (0445409691), Дудка П.Ф. (0675063934), Кузнєцова-Арабулі Ю.В. (0674432432), Добрянський Д.В. (0936306646), Міхайлевська Т.В. (0506704642).

Реєстр. № 82/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО Q-ПОЗИТИВНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 20172019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118830. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування розвитку повторного Q-позитивного інфаркту міокарда у хворих із супутнім цукровим діабетом 2 типу / Мінухіна Д.В., Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г., Арсен'єв
О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201806260; заявл. 04.06.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Використання запропонованого способу дозволить прогнозувати розвиток повторного інфаркту міокарда 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 myocardial infarction 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 інфаркту міокарда, який включає дослідження показників крові, який відрізняється тим, що для прогнозування розвитку повторного Q-позитивного інфаркту міокарда у хворих із супутнім цукровим діабетом 2 типу на першу добу інфаркту міокарда визначають кінцевий діастолічний об'єм - КДО, концентрації асиметричного диметиларгініну - АДМА, інгібітору активатора плазміногена 1 типу - ІАП-1 та СМ-фракції креатинфосфокінази - СМ-КФК; потім всі кількісні показники перетворюють у дихотомічні: КДО<180 мл дорівнює: 0 балів, КДО>180 мл - 1 бал, АДМА<1,05 мкмоль/л - 0 балів, АДМА>1,05 мкмоль/л - 1 бал, ІАП-1<68,3 нг/мл - 0 балів, ІАП- 1>68,3 - 1 бал, СМ-КФК<300 Од/л - 0 балів, СМ-КФК>1 - 1 бал та на основі цих показників розраховують бальний індекс імовірності повторного інфаркту - Індекс ІПІ за формулою: Індекс ІПІ = 2"КДО"+"АДМА"+"ІАП-1"+"СМ-КФК", і якщо Індекс ІПІ>3, прогнозують розвиток повторного 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 рівня інгібітору активатора плазміногена 1 типу (комерційна тест-система «Technozym PAI ELISA Kit» (Австрія)), асиметричного диметиларгініну (комерційна тест-система Immunodiagnostik ADMA Xpress ELISA Kit (Австрія)), СМ-КФК (комерційна тест-система CK-MB Test System AcciBind ELISA Microwells (США)), пробірки-епіндорф, лікар-лаборант, апарат RADMIR (Ultima PRO 30).
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. № 83/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ ЕНДОСТАТИНУ.
2. НДР «Ішемічна хвороба серця за умов поліморбідності: патогенетичні аспекти розвитку, перебігу, діагностики й удосконалення лікування», 0118U000929, 20172019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132521. 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 ендостатину / Мартовицький Д.В., Шелест О.М., Кравчун П.Г. ; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201810345; заявл. 19.10.2018; опубл. 25.02.2019. 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. Usmg of the proposed me^d 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 «Endostatin» ELISA BIOMEDICA визначають рівень ендостатину і, якщо рівень ендостатину 165,41 пмоль/л 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 7,9 %. 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 «Endostatin» ELISA BIOMEDICA (Австрія)) 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. Мартовицький Д.В. (0958850876), Шелест О.М., Кравчун П.Г.

Реєстр. № 84/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЧОЛОВІКІВ 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», 0116U004983, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131410. МПК С09К 15/00. Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у чоловіків 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. - № u201808290; заявл. 27.07.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Спосіб лікування артеріальної гіпертензії у чоловіків молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункції при додаванні до стандартної терапії етилметилгідроксипіридину сукцинату, 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 arterial hypertension and clinical sings of vegetative dysfunction when added to standard therapy ethylmethylhydroxypyridine succinate, including clinical symptoms, heart rate variability, levels of anxiety with comparison with normal and assessment treatment efficiency.
7. Спосіб лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією у чоловіків молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункції включає призначення інгібітору АПФ і додаткового призначення етилметилгідроксипіридину сукцинату по 125 мг тричі на добу протягом 4 тижнів під контролем варіабельності серцевого ритму та психоемоційного стану.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії у осіб молодого віку з клінічними ознаками вегетативної дисфункці. 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 з клінічними ознаками вегетативної дисфункці 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. Прилад для добового моніторингу артеріального тиску «АВРМ-02» (Medrtech, Угорщина), кардіографічний комплекс холтерівського моніторингу ЕКГ «Кардіосенс» («ХАІ Медика», Україна), «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» (Вейн А.М., 2003), опитувальник тривожності Ч.Д.Спілберга (1973) в адаптації Ю.Л. Ханіна, інгібітор АПФ, етилметилгідроксипіридину сукцинат.
10. Артеріальна гіпертензія у чоловіків молодого віку, вегетативна дисфункція.
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., Капустник В.А., Князькова І.І. (0984277329), Циганков О.І., Мазій В.В.

Реєстр. № 85/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 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», 0116U004983, 2017-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 137037. МПК G01N 33/50. Спосіб прогнозування прогресування ремоделювання серця і судин у пацієнтів з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу / Біловол О.М., Мясоєдов В.В., Князькова І.І., Аль-Травнех О.В., Мазій В.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201903264, заявл. 01.04.2019; опубл. 25.09.2019. Бюл. № 18.
6. При прогнозуванні прогресування ремоделювання серця і судин у пацієнтів з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу додатково визначають параметри структурно-функціонального стану серця і судин за допомогою ультразвукового дослідження та рівні адипокінів (оментину, вісфатину, цинк-a_2-глікопротеїну, гліпікану-4) у сироватці крові. When predicting the progression of cardiac and vascular remodeling in patients with combined course of arterial hypertension and type 2 diabetes, parameters of the structural and functional state of the heart and blood vessels are further determined by ultrasound and adipokine levels (omentin, visfilin, zinc-a-2in) -4) in serum.
7. Спосіб прогнозування прогресування ремоделювання серця і судин у пацієнтів з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу включає визначення параметрів структурно-функціонального стану серця і судин за допомогою ультразвукового дослідження та рівні адипокінів (оментину, вісфатину, цинк-a_2-глікопротеїну, гліпікану-4) у сироватці крові.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензію та цукровим діабетом 2 типу. Соціальні - покращення якості життя осіб пацієнтів з артеріальною гіпертензію та цукровим діабетом 2 типу. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування.
9. Комбінація загальноприйнятих класів лікарських засобів: інгібітори АПФ, бета-адреноблокатори (карведилол), антагоністи повільних кальцієвих каналів в середньо терапевтичних дозах), розувастатин у дозі 20 мг, ацетилсаліцилову кислоту у добовій дозі 75 мг. Для корекції глікемії була призначена комбінація препаратів метформіну та гліклазиду.
10. Захворювання такі, як артеріальна гіпертензія та цукровий діабет 2 типу.
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)., Аль-Травнех О.В., Мазій В.В.

Реєстр. № 86/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

2. НДР «Клінічне значення маркерів запалення та метаболічних порушень у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) з урахуванням коморбідності», 0118U000937, 2018-2021 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130878. МПК G01N 33/48. Спосіб прогнозування ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих із поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу /Більченко А.О., Бабак О.Я. - № u2018 07714; заявл. 09.07.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Спосіб прогнозування ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих із поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу включає визначення рівня ФРД-15 в плазмі крові. При активації тромбоцитарного компонента запалення, що оцінюється за збільшенням рівня ФРД-15 в плазмі крові більше ніж 2500 пг/мл, визначають можливі серцево-судинні ускладнення, для профілактики яких необхідно призначати адекватне лікування. The invention provides methods for the prognosis of cardiovascular complications in patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus involving the detection of an elevated amount of GDF-15 1 in blood plasma. A threshold for GDF-15 is 2500 pg/ml. An amount of GDF-15 larger than the reference amount represents a higher cardiovascular risk.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих із поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу, який включає дослідження показників крові, який відрізняється тим, що в плазмі крові визначають рівень фактору ростового диференціювання - 15 (ФРД-15) та при його значенні більше ніж 2500 пг/мл прогнозують ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.
8. Медичні - підвищення ефективності прогнозування ризику розвитку серцево- судинних ускладнень у хворих із поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу шляхом визначення рівня ФРД-15 в плазмі крові. Соціальні - покращення якості життя за рахунок профілактики ускладнень. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 401,29 грн. на лікування 1 хворого на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на
9,3 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення - 1467 хворих на рік, економічний ефект складає 588692,43 грн. на рік.
9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, ЕДТА, фотометр-аналізатор Humareader N 2106 (Німеччина), набір реактивів «Human GDF-15/MIC-1 Elisa» виробництва BioVendor (Чехия), статистичний пакет загального призначення STATISTICA 6.1, лікар-лаборант.
10. Артеріальна гіпертензія у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Більченко А.О. (0506884389).

КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА Реєстр. № 87/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ ГЕМОГЛОБІНУ.

2. НДР «Розробити методичні підходи до нормування переривчастих та імпульсних електромагнітних полів у сполученні з чинниками виробничого середовища», 0116U005231, 2016-2018 рр.
3. Клінічна діагностика.
4. 2+,D.
5. Патент України на корисну модель № 134968. МПК G01N 33/49. Спосіб визначення концентрації гемоглобіну / Абрамова Л.П., Векшин В.О., Іваненко Т.О., Завгородній І.В., Літовченко О.Л.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201900215; заявл. 08.01.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Спосіб вимірювання концентрації гемоглобіну включає використання 0,1 N хлор водневої кислоти та дистильованої води. Оптичну щільність зразків визначають у 96-лунковому біохімічному планшеті, де змішують 20 мкл крові та 50 мкл води дистильованої, очікують 10 хвилин, додають 20 мкл хлорводневої кислоти, вимірювання проводять на імуноферментному або біохімічному аналізаторі при довжині хвилі 520-560 нм з подальшим розрахунком концентрації гемоглобіну. Method for measuring the concentration of hemoglobin involves the use of 0.1 N of hydrochloric acid and distilled water. The optical density of the specimens is determined in a 96-well frochemkal tablet, where 20 ці of blood and 50 ці of distilled water are allowed to wak 10 тіп and 20 ці of hydrochloric acid are added. Measurements are made on an immunoassay analyzer or biochemical analyzer at a wavelength of 520-560 nm with further calculation of the concentration hemoglobin.
7. Спосіб вимірювання концентрації гемоглобіну, який включає використання 0,1 N хлорводневої кислоти та дистильованої води, який відрізняється тим, що оптичну щільність зразків визначають у 96-лунковому біохімічному планшеті, де змішують 20 мкл крові та 50 мкл води дистильованої, очікують 10 хвилин, додають 20 мкл хлорводневої кислоти, вимірювання проводять на імуноферментному або біохімічному аналізаторі при довжині хвилі 520-560 нм з подальшим розрахунком концентрації гемоглобіну.
8. Медичні - неможливість отруєння медичного персоналу токсичними реагентами, які застосовуються в інших методиках визначення гемоглобіну. Соціальні - спрощення методики та тривалості проведення аналізу. Економічні - скорочення фінансових витрат на проведення аналізу за рахунок зменшення його тривалості та застосування некоштовних реагентів.
9. Хлороводнева кислота, дистильована вода, біохімічний планшет, планшетний аналізатор (рідер), лікар-лаборант.
10. Визначення вмісту загального гемоглобіну у крові.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Абрамова Л.П., Векшин В.О., Іваненко Т.О., Завгородній І.В., Літовченко О.Л. (0507802422).

МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ

Реєстр. № 88/6/19

1. АНТИМІКРОБНА КОМПОЗИЦІЯ «АЛЬГІДЕК».

2. НДР «Вивчення багатовекторності властивостей лікарського антимікробного препарату декаметоксину® та його лікарських форм», 0115U006000, 2016-2020 рр.
3. Мікробіологія, хірургія, травматологія, стоматологія, офтальмологія, дерматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 128933. МПК A61K 45/06 (2006.01), A61P 31/00. Антимікробна композиція «Альгідек» / Назарчук О.А., Назарчук Г.Г., Кулаков О.І. - № u201804901; заявл. 04.05.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Антимікробна композиція «Альгідек» - це універсальний антимікробний композит, призначений для профілактики та лікування місцевих інфекційних процесів, який може бути застосований у вигляді різних лікарських форм. Антимікробна композиція складається з альгінату кальцію, полівінілового спирту в якості основи та містить антисептик групи четвертинних амонієвих сполук декаметоксину ([1,10- Декаметилен-біс(№,№диметил карбментоксикарбонілметил) амонію дихлорид]).
8. Застосування універсальної полімерної антимікробної композиції «Альгідек» на основі антисептика декаметоксину, має переваги в тому, що дана композиція володіє широким спектром протимікробної дії, забезпечує ефективну протимікробну активність при її використанні у формі розчину, для імпрегнації медичних матеріалів незалежно від їх капілярних властивостей з метою надання їм пролонгованих лікувальних властивостей, а також у вигляді гелевих пов'язок (полімерної плівки) з дозованим контрольованим вивільненням активного протимікробного компоненту Виготовлення універсальної антимікробної композиції «Альгідек» є технологічно простим та доступним, що обумовлює його широке застосування.
9. Декаметоксин (0,03 - 0,07 г), альгінат кальцію (2,8 - 3,0 г), полівініловий спирт (1,0 - 1,2 г), вода дистильована (до 100 г), стерильний посуд.
10. Профілактика та лікування місцевих інфекційних процесів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. 570379.
14. Немає.
15. Назарчук О.А., Назарчук Г.Г., Кулаков О.І., Палій Д.В., Фаустова М.О., Буркот В.М., Сукманська Г.Д., Прокопчук З.М., Трет'яков М.С. (570379).

Реєстр. № 89/6/19 1. АНТИМІКРОБНА КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ НАДАННЯ ПРОЛОНГОВАНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МЕДИЧНИМ МАТЕРІАЛАМ.

2. НДР «Вивчення багатовекторності властивостей лікарського антимікробного препарату декаметоксину® та його лікарських форм», 0115U006000, 2016- 2020 рр.
3. Мікробіологія, хірургія, травматологія, офтальмологія, дерматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 125282. МПК A61L 15/12 (2006.01), A61K 9/00, A61K 31/515 (2006.01), A61P 31/00. Антимікробна композиція для надання пролонгованих лікувальних властивостей медичним матеріалам / Назарчук О.А., Кулаков О.І., Назарчук Г.Г. - № u201710248; заявл. 23.10.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Антимікробна композиція призначена для надання пролонгованих лікувальних властивостей медичним матеріалам, з метою забезпечення пролонгованої дозованої локальної доставки антисептика в рану під час профілактики та лікування

мікробних гнійно-запальних уражень. Антимікробна композиція містить антисептик [1,10-Декаметилен-біс(№,№диметил карбментоксикарбонілметил) амонію дихлорид], дистильовану воду та фіксуючі агенти - натрієву сіль карбоксиметилкрохмалю, оксиетилцелюлозу, полівінілацетатну дисперсію.

8. Застосування антимікробної композиції, яка містить антисептик [1,10-Декаметилен-біс(№,№диметил карбментоксикарбонілметил) амонію дихлорид], дистильовану воду та фіксуючі агенти - натрієву сіль карбоксиметилкрохмалю, оксиетилцелюлозу, полівінілацетатну дисперсію, при попередній імпрегнації нею гідрофільних та гідрофобних медичних матеріалів суттєво підвищує лікувальні властивості останніх. Переваги даної антимікробної композиції є широкий спектр протимікробної дії, забезпечення ефективної терапевтичної концентрації антисептика на матеріалах медичного призначення. Результатом використання матеріалів медичного призначення, імпрегнованих антимікробною композицією, є ефективна ерадикація мікроорганізмів з ділянки ураження та профілактика їх потрапляння в рану завдяки пролонгованому і дозованому вивільненню антисептичного лікарського засобу. Виготовлення антимікробної композиції та її використання для імпрегнації матеріалів медичного призначення є технологічно простими і доступними, що обумовлює її широке застосування.
9. [1,10-Декаметилен-біс(^№диметил карбментоксикарбонілметил) амонію дихлорид] (0,1 мас.%), натрієва сіль карбоксиметилкрохмалю (ТУ У 6-04872 671.061-96) (0,5 мас.%), оксиетилцелюлоза (ТУ 6-05-221-317-75) (1,0 мас.%), полівінілацетатна дисперсія (ГОСТ 18992-80) (0,6 мас. %), вода дистильована (до 100), стерильний посуд.
10. Отримання матеріалів з пролонгованими антимікробними властивостями, які призначені для лікування та профілактики місцевих мікробних гнійно-запальних уражень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. 570379.
14. Немає.
15. Палій Г. К., Назарчук О.А., Нагайчук В.І., Назарчук Г.Г., Палій В.Г., Фоміна Н.С., Коваленко І.М., Бабіна Ю.М., Сідько І.Ю. (570379).

Реєстр. № 90/6/19 1. СПОСІБ КОМП'ЮТЕРНОЇ ОБРОБКИ І АНАЛІЗУ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ СУБСТРАТЗ АЛЕЖНИХ КЛІТИННИХ СИСТЕМ IN VITRO.

2. НДР «Оптимізація стратегій діагностики, профілактики та лікування актуальних вірусних інфекцій на основі клініко-лабораторних, фармакоекономічних та фармакоепідеміологічних досліджень», 0115U002161, 2015-2019 рр.
3. Вірусологія.
4. 4^*.
5. Патент України на корисну модель № 117349. МПК G06K 9/46(2006.01), H04N 1/409 (2006.1) . Спосіб комп'ютерної обробки і аналізу мікроскопічних зображень субстратзалежних клітинних систем in vitro./ Трохименко О.П., Кунашев Д.І., Соловйов С.О., Дзюблик І.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - № u201613520; заявл. 28.12.2016; опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Корисна модель належить до комп'ютерних засобів розпізнавання, обробки і аналізу зображень і може бути застосована у наукових і прикладних дослідженнях, зокрема

для виділення заданих об'єктів при вірусологічних дослідженнях в субстратзалежних клітинних системах in vitro. Спосіб включає створення бази цифрових зображень клітин, одержаних за однакових умов зйомки для всіх випадків, обробку кожного зображення методом бінаризації за Оцу, інвертування зображення, виокремлення цифрових даних щодо контурів клітин, позбавлення шуму методами ерозії, дилатації, морфологічного відкриття та закриття й формування на їх основі єдиної бази для аналізу статистичними методами, на основі яких комп'ютерна програма приймає рішення про відмінність декількох баз даних з вибірками, або приналежність вхідного зображення до однієї з існуючих у програмі бази. Під час зйомки нативного препарату встановлюють високу яскравість підсвітлення, конфігурування зображення проводять за допомогою підпрограми конвертування. Отримані дані за інструкцією завантажують у програму, яка визначає ряд параметрів, на основі яких обчислюють питому вагу достовірності одержаних даних за відповідними показниками, що відрізняються від граничного значення 0,05 для різних культур і їх станів.

8. Запропонований спосіб дозволяє одночасно проводити аналіз геометричних параметрів великої кількості клітин, зменшує нечітке розпізнавання клітин та не спотворює кінцевий результат, що підвищує ефективність об'єктивізації та автоматизації класичних вірусологічних досліджень методами світлової мікроскопії. «Спосіб комп'ютерної обробки і аналізу мікроскопічних зображень субстратзалежних клітинних систем in vitro» і комп'ютерна програма для його реалізації можуть бути застосовані: при оптимізації методів лабораторної діагностики вірусних інфекцій в класичних вірусологічних дослідженнях; підвищенні ефективності контролю якості клітинних культур в банках та колекціях, при вивченні патогенезу актуальних вірусних інфекцій на рівні клітин; в експертних і наукових дослідженнях противірусної дії хіміопрепаратів і віруліцидної дії дезінфікуючих і миючих засобів. Позитивний результат апробації заявленого способу дозволяє рекомендувати його для впровадження у практичну охорону здоров'я.
9. Необхідна оснащена вірусологічна лабораторія, що має дозвіл на роботу з культурами клітин in vitro з можливістю виділення і накопичення вірусів 3-4 груп патогенності, кваліфікований персонал (спеціалісти лікарі/біологи), наявність відповідних клітинних культур, живильних середовищ, сольових розчинів, інвертований мікроскоп з відеокамерою для візуалізації і фіксації одержаних мікроскопічних зображень клітинних культур, комп'ютер, програмне забезпечення.
10. Етіологічна діагностика вірусних інфекцій людини і тварин в культурах клітин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Трохименко О.П. (0442054988), Соловйов С.О., Кунашев Д.І., Дзюблик І.В.

Реєстр. № 91/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОЧІКУВАНОЇ КОРИСНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЕТІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ.

2. НДР «Оптимізація стратегій діагностики, профілактики та лікування актуальних вірусних інфекцій на основі клініко-лабораторних, фармакоекономічних та фармакоепі-деміологічних досліджень», 0115U002161, 2015-2019 рр.
3. Вірусологія. Організація і управління фармацією.

4. 4^*.
5. Патент України на корисну модель № 132941. МПК (2019.01) G01N 33/48 (2006.01), G06Q 10/00. Спосіб визначення очікуваної корисності діагностичних технологій для етіологічної діагностики вірусних інфекцій / Соловйов С.О., Трохименко О.П., Дзюблик І.В., Ковалюк О.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. -№ заявл.11.05.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб належить до медицини, а саме до фармакоекономіки, і може бути використаний для визначення корисності різних діагностичних технологій в лабораторній діагностиці інфекційних захворювань, і зокрема вірусної етіології. Для виявлення та ідентифікації вірусних інфекцій застосовують швидкі ІХА-тести та метод полімеразної ланцюгової реакції, далі експерти здійснюють оцінку даних діагностичних технологій за такими критеріями, як відтворюваність, доступність, витрати робочого часу, можливість автоматизації процесу тощо, кожному критерію корисності для певної діагностичної технології присвоюють певну вагу (w) і певний бал (r), далі розраховують корисність дійсних результатів діагностики як зважене середнє значення, (корисність хибних (хибнопозитивних та хибнонегативних) результатів діагностики вважається нульовою), середню корисність діагностичної технології згідно з думками усіх залучених експертів, розбіжність в яких не повинна перевищувати 2о, розраховують міру узгодженості суджень експертів в оцінці певної діагностичної технології за усіма показниками корисності, після чого за побудованою ймовірнісною математичною моделлю «дерева рішень» визначають очікувану корисність результатів діагностики за відповідною формулою.
8. Спосіб дозволяє лікарю на практиці обрати та призначити більш точний метод діагностики інфекційного захворювання, зокрема вірусної етіології, та правильне лікування, економити кошти при використанні одного оптимального діагностичного методу, а не комплексу методів, що часто дублюють одне одного. Позитивний результат апробації заявленого способу дозволяє рекомендувати його для впровадження у практичну охорону здоров'я.
9. Необхідність відомостей щодо операційних характеристик діагностичних тестів (чутливості, специфічності), що використовуються; наявності експертів (вірусологів, завідувачів діагностичними лабораторіями тощо) з однаковим рівнем компетентності, комп'ютер, програмне забезпечення.
10. Фармакоекономічний аналіз технологій етіологічної діагностики вірусних інфекцій людини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Соловйов С.О. (0442054988), Трохименко О.П., Дзюблик І.В., Ковалюк О.В.

НАРКОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

Реєстр. № 92/6/19

1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ

2. НДР «Ускладнення терапії психотропними середниками при шизофренії та депресивних розладах», 0115U004881, 2015-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 107267. МПК . G01N 33/48 (2006.01) Спосіб ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією / Винник М.І., Ромаш І.Р. - № u201512473; заявл. 16.12.2015; опубл. 25.05.2016. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Спосіб ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією, який здійснюється шляхом діагностики доклінічних порушень вуглеводного обміну в пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом тривалого шестимісячного лікування атиповими нейролептиками, який відрізняється тим, що проводиться визначення індексу маси тіла (ІМТ), визначення концентрації венозного ендогенного екстрацелюлярного інсуліну, глікемії натще та глюкозотолерантного тесту.
8. Внаслідок впровадження даної методики в клінічну практику, вдасться вдосконалити процес діагностики доклінічних порушень вуглеводного обміну, які розвинулися в пацієнтів із параноїдною шизофренією на тлі тривалої терапії атиповими нейролептиками, шляхом визначення масо-ростового коефіцієнту, концентрації венозного ендогенного екстрацелюлярного інсуліну, глікемії натще та глюкозотолерантного тесту. В результаті такої уніфікованої процедури діагностики, забезпечується швидка відповідь про ознаки початкових порушень вуглеводного обміну, яка дозволяє прийняти вірну тактику подальшого превентивного лікування пацієнта.
9. Ростомір, ваги медичні, лабораторний набір для визначення глікемії натще та проведення глюкозо-толерантного тесту згідно стандартних методик, лабораторний набір реактивів для визначення венозного ендогенного екстрацелюлярного інсуліну методом ІФА.
10. Рання діагностика порушення вуглеводного обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування та правил техніки безпеки.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології.
14. Немає.
15. Ромаш І.Р. (0976430271), Винник М І.

Реєстр. № 93/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНЕВОГО ОБМІНУ В ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АТИПОВИХ НЕЙРОЛЕПТИКІВ.

2. НДР «Ускладнення терапії психотропними середниками при шизофренії та депресивних розладах», 0115U004881, 2015-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 107269. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб ранньої діагностики порушення вуглеводного обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією / Винник М.І., Ромаш І.Р. - № u201512475; заявл. 16.12.2015; опубл. 25.05.2016. Бюл. № 10.
6. Немає.

7. Спосіб корекції порушень вуглеводневого обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією при застосуванні атипових нейролептиків, який здійснюється шляхом корекції ранніх доклінічних змін порушень обміну вуглеводів у пацієнтів із параноїдною шизофренією на тлі тривалого лікування атиповими нейролептиками, шляхом супутнього застосування перорального гіпоглікемічного препарату метформіну гідро хлорид. Спосіб відрізняється тим, що визначення ефективності корекції при застосуванні перорального препарату метформіну гідрохлориду в добовій дозі 1000 мг проводиться за допомогою розрахунку масо-ростового коефіцієнту (відношення маси тіла (кг) пацієнта до зросту метрів в квадраті ($м^2$), визначення концентрації венозного ендогенного екстрацелюлярного інсуліну методом ІФА, глікемії натще та глюкозотолерантного тесту до та після лікування.
8. Впровадження даної методики в клінічну практику охорони здоров'я вдосконалить процес корекції ранніх порушень обміну вуглеводів в пацієнтів із параноїдною шизофренією, які тривало застосовують атипові нейролептики, шляхом включення до основної нейролептичної терапіїї перорального гіпоглікемічного препарату метформіну гідрохлорид.
9. Метформіну гідрохлорид, табл 1000, 850 мг.
10. Корекція порушень вуглеводного обміну в пацієнтів з параноїдною шизофренією на тлі тривалого застосування атипових нейролептиків.
11. Протипоказання згідно інструкції для медичного застосування лікарського засобу Метформіну гідрохлорид.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаного препарату.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології.
14. Немає.
15. Ромаш І.Р (0976430271), Винник М.І.

Реєстр. № 94/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПРИ ПСИХОТИЧНИХ СТАНАХ.

2. НДР «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги», 0118U000948, 2018-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125050. МПК А61К 31/198, А61К 31/197, А61К 31/047, А61Р 25/18. Спосіб корекції проявів синдрому ендотоксикозу при психотичних станах / Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201712251; заявл. 11.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Спосіб корекції проявів синдрому ендотоксикозу при психотичних станах включає введення ентеросорбентів і глутаргіну При цьому додатково хворим вводять реамберин. The method of correction of manifestation of endotoxicosis syndrome in psychotic states includes enterosorbents and glutargine use. In addition, patients recive reamberine.
7. Хворим з наявністю клінічних ознак психотичного стану й лабораторно підтвердженого синдрому ендотоксикозу вводять кремнеземні ентеросорбенти, зокрема ентеросгель, атоксил або полісорб, протягом 5-10 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту; додатково вводять глутаргін у вигляді 4 % розчину внутрішньовенно крапельно по 25-30 мл на ізотонічному розчині натрію хлориду 2 рази на день з інтервалом 10-12 годин між інфузіями протягом 5-10 діб поспіль, у

залежності від досягнутого ефекту; також додатково вводять реамберин внутрішньовенно крапельно по 400 мл 1-2 рази на день протягом 5-7 діб поспіль, у залежності від досягнутого ефекту.

8. Медичні - підвищення швидкості ліквідації ендогенної інтоксикації хворих на психози й прискорення одужання хворих з даною патологією. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих з психотичними станами. Економічні - зниження затрат на перебування хворих з психотичними станами у стаціонарі та зменшення частоти рецидивів.
9. Лікарські засоби: препарати групи ентеросорбентів, реамберин, глутаргін.
10. Синдром ендотоксикозу при психотичних станах.
11. Підвищена чутливість до компонентів препаратів, що використовуються, виражені порушення функції нирок.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О. (0506324711).

Реєстр. № 95/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАГОСТРЕНЬ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ 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 винахід № 118325. МПК А61К 31/195, А61К 38/21, А61Р 25/18. Спосіб профілактики загострень у дорослих хворих на параноїдну шизофренію / Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201712246; заявл.
   11. 12.2017; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Спосіб профілактики загострень у дорослих хворих на параноїдну шизофренію, який включає введення нейролептиків у підтримуючих дозах, глутаргіну в середньотерапевтичних дозах та імуноактивного препарату альфарекін, який вводять внутрішньом'язово по 1-2 млн МО 1-2 рази на добу протягом 5-7 днів поспіль залежно від досягнутого ефекту. Method for the prevention of exacerbations in adult patients with paranoid schizophrenia, which includes the administration of neuroleptics in maintenance doses, glutargin in mediatory therapeutic doses and the immunoproduct alpharekin injected intramuscularly 1-2 million IU 1-2 times a day for course 5-7 days depending on the achieved effect.
7. Спосіб профілактики загострень у дорослих хворих на параноїдну шизофренію, що включає введення нейролептиків у підтримуючих дозах,глутаргіну в середньотерапевтичних дозах та зниження частоти розвитку загострень шизофренії й досягнення стійкої ремісії захворювання, що є підставою рекомендувати застосування запропонованого способу в клінічній практиці.
8. Медичні - оптимізація профілактики загострень у дорослих хворих на параноїдну шизофренію, скорочення госпітального етапу. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих на параноїдну шизофренію. Економічні - зниження затрат на перебування хворих на параноїдну шизофренію у стаціонарі за

рахунок зниження частоти розвитку загострень шизофренії й досягнення стійкої ремісії захворювання.

9. Лікарській засіб - імуноактивний препарат альфарекін.
10. Параноїдна шизофренія.
11. Підвищена чутливість до альфарекіну.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф. (0505509577), Зеленська К.О.

Реєстр. № 96/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ БЕЗСОННЯМ.

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 винахід № 118515. МПК А61К 31/4045, А61К 31/405, А61Р 25/20, А61Р 25/24. Спосіб лікування хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням / Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201709717; заявл. 05.10.2017; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Спосіб лікування хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням, який включає додатково до антидепресантів у середньотерапевтичних дозах вводити комбінований препарат «Добраніч» по 2-3 капсули на ніч протягом 25-30 діб поспіль. Method of treatment of patients with recurrent depressive disorders accompanied by insomnia, which includes administration administer a combined preparation «Dobranich» for 2-3 capsules per night for 25-30 days. in addition to average therapeutic doses antidepressants.
7. Спосіб лікування хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням, що включає введення антидепресантів у середньотерапевтичних дозах, який відрізняється тим, що додатково вводять препарат «Добраніч», капсула якого містить 3 мг мелатоніну та 50 мг 5-НТР, по 2-3 капсули на ніч протягом 25-30 діб.
8. Медичні - оптимізація лікування хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням, скорочення госпітального етапу. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням. Економічні - зниження затрат на перебування хворих на рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням, у стаціонарі за рахунок відновлення якості та тривалості сну, а також досягнення стійкої ремісії захворювання.
9. Лікарській засіб - снодійний та седативний препарат «Добраніч».
10. Рекурентні депресивні розлади, що супроводжуються безсонням.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату «Добраніч», виражене порушення функції нирок, порушення функції печінки, аутоімунні захворювання, алергічні реакції.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф. (0505509577), Зеленська К.О.

Реєстр. № 97/6/19

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ІМУНОМЕТАБОЛІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ДОРОСЛИХ, ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.
2. НДР «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги», 0118U000948, 2018-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 117173. МПК A61K 31/06, A61K 31/194, A61K 31/695, A61P 25/24, A61P 37/04. Спосіб корекції імунометаболічного профілю у дорослих, хворих на рекурентні депресивні розлади / Кожина Г.М., Терьошина І.Ф.. - № a201610198; заявл. 07.10.2016; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Спосіб корекції імунометаболічного профілю у дорослих, хворих на рекурентні депресивні розлади, який включає введення антидепресантів, реамберину, аміксину ГС у середньотерапевтичних дозах та ентеросорбенту «Біле вугілля» по 2 -3 таблетки внутрішньо за годину до прийому їжі або ліків 2-3 рази на день протягом 14-16 діб поспіль залежно від досягнутого ефекту. Method of correction of immune-metabolic profile in adult patients with recurrent depressive disorders, which includes the administration of antidepressants, reamberin, amixin IC in average therapeutic doses and enterosorbent «White Coal» 2-3 tablets p.o. an hour before meals or drugs 2-3 times p.d. for 14-16 days depending on the achieved effect.
7. З метою корекції імунометаболічного профілю у дорослих, хворих на рекурентні депресивні розлади, пропонується додатково до антидепресантів, реамберину, аміксину ГС у средньотерапевтичних дозах вводити ентеросорбент «Біле вугілля» по 2-3 таблетки внутрішньо за годину до прийому їжі або ліків 2-3 рази на день на протязі 14-16 діб поспіль.
8. Медичні - оптимізація корекції імунометаболічного профілю у дорослих, хворих на рекурентні депресивні розлади, скорочення госпітального етапу. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих на рекурентні депресивні розлади. Економічні - зниження затрат на перебування хворих на рекурентні депресивні розлади у стаціонарі за рахунок досягнення стійкої ремісії захворювання.
9. Лікарській засіб - ентеросорбент «Біле вугілля».
10. Рекурентні депресивні розлади.
11. Підвищена чутливість та наявність протипоказань до компонентів препаратів, що використовуються у методі.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф. (0505509577).

Реєстр. № 98/6/19

1. СПОСІБ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТАНУ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ВНАСЛІДОК БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ
2. НДР «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги», 0118U000948; 2018-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 132848. МПК A61K 31/4045, A61K 31/405, A61P 25/20, A61P 25/24. Спосіб медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій / Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.О., Казмірчук А.П.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201810409; заявл. 22.10.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Спосіб медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій, який включає терапію ноотропами та додаткове призначення перорально Buspiron у дозі 10 мг (1 таблетка) тричі на добу протягом 8 тижнів з одночасною рекреаційною терапією з урахуванням індивідуальних уподобань пацієнта, його способу життя та рівня мобільності. The method of medical and psychological correction of the state of maladaptation due to a military traumatic trauma in participants of local combat actions, which includes therapy with nootropics and an additional oral administration of Buspiron in a dose of 10 mg (1 tablet) three times a day for 8 weeks with simultaneous recreational therapy, taking into account the individual preferences of the patient, his lifestyle and mobility.
7. Спосіб медико-психологічної корекції посттравматичного стресового розладу, що включає проведення терапії ноотропами, який відрізняється тим, що для медико- психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій призначають перорально Buspiron у дозі 10 мг (1 таблетка) тричі на добу протягом 8 тижнів з одночасною рекреаційною терапією з урахуванням індивідуальних уподобань пацієнта, його способу життя та рівня мобільності.
8. Медичні - оптимізація медико-психологічної корекції стану дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій, скорочення госпітального етапу. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя учасників локальних бойових дій зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми. Економічні - зниження затрат на перебування учасників локальних бойових дій зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у стаціонарі за рахунок досягнення стійкої ремісії захворювання.
9. Лікарській засіб - транквілізатор «Буспірон».
10. Стани дезадаптації внаслідок бойової психічної травми у учасників локальних бойових дій.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату «Буспірон», гостра застійна глаукома, злоякісна міастенія, тяжка дисфункція печінки, тяжка ниркова недостатність, епілепсія.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М. (0677960663), Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.С., Казмірчук А.П.

Реєстр. № 99/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ.

2. НДР «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги», 0118U000948; 2018-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.

5. Патент України на винахід № 119105. МПК А61К 31/4045, А61К 31/405, А61Р 25/20, А61Р 25/24. Спосіб лікування постшизофренічної депресії / Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О. - № а201709722; заявл. 05.10.2017; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Спосіб лікування постшизофренічної депресії, який включає призначення антидепресанту у середньотерапевтичній дозі, психотерапевтичної корекції та призначення комбінованого препарату «Добраніч» по 2-3 капсули щоденно протягом 25-30 діб. The method of treatment of post-schizophrenic depression, which includes the administration of antidepressants in average therapeutic doses, a psychotherapeutic correction and the administration of a fixed combination medicine «Dobranich» 2-3 capsules daily for 25-30 days.
7. Додатково до антидепресантів у середньотерапевтичних дозах та психотерапевтичної корекції призначають комбінований препарат «Добраніч» по 2-3 капсули на ніч протягом 25-30 діб поспіль.
8. Медичні - оптимізація лікування постшизофренічної депресії, скорочення госпітального етапу, відновлення якості та тривалості сну, а також досягнення стійкої ремісії захворювання. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих на постшизофренічну депресію. Економічні - зниження затрат на перебування хворих на постшизофренічну депресію у стаціонарі за рахунок досягнення стійкої ремісії захворювання.
9. Лікарській засіб - снодійний та седативний препарат «Добраніч».
10. Постшизофренічна депресія.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату «Добраніч», виражене порушення функції нирок, порушення функції печінки, аутоімунні захворювання, алергічні реакції.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М., Тєрьошина І.Ф. (0505509577), Зеленська К.О.

Реєстр. № 100/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЬ ЕПІЛЕПТИЧНИМ ПСИХОЗОМ.

2. НДР «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги», 0118U000948, 2018-2020 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132860. МПК А61К 31/00, А61Р 25/08. Спосіб комплексного лікування хворих на епілепсію, що ускладнилась епілептичним психозом / Кожина Г.М., Стрельнікова І.М., Зеленська К.О. - № u201810489; заявл. 24.10.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Спосіб комплексного лікування хворих на епілепсію, що ускладнилась епілептичним психозом, який включаєпсихофармакотерапію атиповим антипсихотиком кветіапіном, призначення арт-терапії, проведення психоосвітніх заходів. The method of complex treatment of patients with epilepsy complicated by epileptic psychosis, which includes psychopharmacotherapy using atypical antipsychotic quetiapine, the administaration of art therapy and psycho-educational activities.
7. Спосіб комплексного лікування хворих на епілепсію, що ускладнилась епілептичним психозом, який включає психофармакотерапію шляхом призначення атипового антипсихотика кветіапіну в перший день 25 мг на добу, другий день - по

25 мг зранку та ввечері, третій день по 50 мг зранку та ввечері, четвертий день по 100 мг зранку та ввечері; додатково призначають арт-терапію: арт-терапевтичні сеанси проводять 2 рази на тиждень по 1,5 години на протязі 1,5 місяців в 2 послідовні етапи: основний - на стаціонарному лікуванні курсом 1 місяць і підтримуючий - на амбулаторному лікуванні курсом 3 тижні; одночасно проводять психоосвітні заходи, які включають використання інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій, проблемно- орієнтованих дискусій, сімейну психотерапію; психоосвітні заходи проводять у закритих групах, у кількості учасників від 6 до 15, кожен цикл психоосвіти складається з 10-12 занять, тривалістю 1,5-2,0 години з частотою 1-2рази на тиждень.

8. Медичні - оптимізація комплексного лікування хворих на епілепсію, що ускладнилась епілептичним психозом, швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоційного стану, скорочення госпітального етапу. Соціальні - покращення соціального функціонування та якості життя хворих на епілепсію, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих із збереженням працездатності. Економічні - зниження затрат на перебування хворих на епілепсію у стаціонарі за рахунок досягнення стійкої ремісії захворювання.
9. Лікарській засіб - атиповий антипсихотик кветіапін, матеріали для проведення арт-терапевтичних сесій.
10. Епілепсія, що ускладнилась епілептичним психозом.
11. Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату кветіапін.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кожина Г.М. (0677960663), Стрельнікова І.М., Зеленська К.О.

НЕВРОЛОГІЯ

Реєстр. № 101/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИМ КРОВОВИЛИВОМ.

2. НДР «Особливості прогнозу та перебігу субарахноїдальних крововиливів у хворих різних вікових груп».
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135650. МПК G01N 33/00, G01N 33/50. Спосіб прогнозування розвитку ускладнень у пацієнтів із субарахноїдальним крововиливом / Полковникова К.Ю.; заявники та патентовласники ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», Полковнікова К.Ю. - № u201901197; заявл. 06.02.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. №13.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу прогнозування розвитку ускладнень у пацієнтів із субарахноїдальним крововиливом (САК) шляхом визначення рівня маркера копептину в крові, що дозволить підвищити достовірність прогнозування, провести об’єктивний неінвазивний прогноз майбутнього можливого порушення стану хворого в субклінічні терміни та підвищить ефективність лікування, що разом призведе до зменшення частоти інвалідизації та летальних випадків. Госпіталізовані в гострому періоді САК представляють досить

гетерогенну групу, як за клінічним станом, так і за показниками інстументальних досліджень. Тяжкість стану залежить від обсягу крововиливу та подальшої динаміки основних патологічних процесів у цереброваскулярній системі, перш за все ангіоспазму При класифікації пацієнтів згідно клінічних шкал , в одну групу можуть бути віднесені хворі з різною комбінацією і виразністю патологічних процесів. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає проведення імуноферментного аналізу сироватки крові та визначення рівня прогностичного маркеру, згідно з корисною моделлю, визначають рівень копептину та при його значенні 0,605 нг/мл і вище прогнозують високий ризик розвитку неврологічних ускладнень.

8. Клінічна ефективність: дозволяє оцінити можливість розвитку ускладнень кумулятивного характеру у хворих на субарахноїдальний крововилив на основі чітких критеріїв, що дозволяє покращити діагностику та спрогнозувати подальший перебіг захворювання. Соціальна ефективність: удосконалення діагностичних заходів дозволяє своєчасно прогнозувати перебіг САК з можливістю ранньої диференційованої терапії в залежності від прогнозу. Економічна ефективність: прогнозування високого ризику розвитку неврологічних ускладнень.
9. Наявність лабораторного набору на виявлення копептину
10. Наявність субарахноїдального крововиливу.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра очних хвороб. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 236-72-01.
14. Немає.
15. Бучакчийська Н.М., Полковнікова К.Ю.

Реєстр. № 102/6/19 1. ЛІКУВАННЯ ГІПОНАТРІЄМІЇ У ХВОРИХ ІЗ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.

2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи та обміну речовин», 0115U007142, 2015-2019 рр.
3. Неврологія.
4. 1++,А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гіпонатріємії у неврологічних хворих незалежно від характеру гіпонатріємії (гострої або хронічної): здійснити внутрішньовенну інфузію 150 мл 3% гіпертонічного розчину хлориду натрію або його еквівалента протягом 20 хвилин. Перевірити концентрацію натрію в сироватці крові через 20 хвилин, одночасно повторивши інфузію 150 мл 3% гіпертонічного розчину хлориду натрію або його еквівалента протягом 20 хвилин. Повторити дві попередні рекомендації з лікування двічі або до досягнення цільового збільшення концентрації натрію в сироватці на 5 ммоль/л. Припинити інфузію гіпертонічного розчину, опісля продовжити інфузійну терапію мінімально можливим обсягом 0,9% розчину хлориду натрію до початку специфічної терапії, спрямованої на усунення причини гіпонатріємії. Почати терапію, специфічну для конкретного захворювання, щоб як мінімум стабілізувати концентрацію натрію. Обмеження підвищення концентрації натрію в сироватці крові до 10 ммоль/л протягом перших 24 год. і додатково до 8 ммоль/л - кожні наступні 24 год. до досягнення рівня 130 ммоль/л. Перевірити вміст

натрію в сироватці крові через 6 і 12 год. і далі щодня, доки він не стабілізується на тлі постійної терапії.

8. Швидке відновлення свідомості, суттєвий регрес неврологічної симптоматики, зниження смертності, тривалості госпіталізації та інвалідизації пацієнтів.
9. Визначення рівня натрію в сироватці крові, 3% гіпертонічний розчин хлориду натрію, 0,9% розчин хлориду натрію.
10. Гіпонатріємія у хворих із неврологічними захворюваннями.
11. Немає.
12. Ускладнення пов'язані з побічною дією препарату; дотримуватись інструкцій.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра неврології та нейрохірургії.
14. Немає.
15. Гриб В.А., Поясник І.М. (0973837008).

Реєстр. № 103/6/19 1. НЕІНВАЗИВНА МЕТОДИКА ФІТОКОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ У ПОСТІНСУЛЬТНИЙ ПЕРІОД

2. НДР «Клініко-патогенетичні особливості захворювань нервової системи різного генезу (розсіяний склероз, епілепсія, вертеброневрологічні розлади, хвороба Паркінсона та ін.», 0109U000018, 2017-2022 рр.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Запропонований метод включає призначення лікарського засобу на основі стандартизованого екстракту звіробою (Hypericum perforatum) WS^{r} 5570-(Нейроплант). Унікальна властивість препарату є його комплексна дія на центральну нервову систему: поєднання властивостей трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та інгібіторів моноаміноксидази. Ці властивості препарату стали передумовою застосування у даної категорії пацієнтів в комплексній терапії для корекції психоемоційного стану. Перед призначенням препарату проводять скринінг щодо психоемоційних депресивних розладів із застосуванням психологічних тестів. Препарат призначали у складі комплексної терапії в дозі 300 мг з рази на добу протягом місяця. Дія препарату проявляється вже до кінця першого тижня терапії в порівнянні з контрольною групою. Через 3 тижні в основній групі відмічено зниження показників шкали Гамільтона-Бека на 15%, зниження реактивної тривожності у пацієнтів за шкалою Спілберга-Ханіна склало 10 %.
8. Перевагами запропонованого способу комплексної терапії є неінвазивність, висока ефективність, доступність, формування позитивного комплаєнсу.
9. Екстракт звіробою, Нейроплант.
10. Хворі з психоемоційними розладами у постінсультному періоді.
11. Немає.
12. Не передбачається, побічних ефектів не виявлено.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17, кафедра неврології.
14. Немає.
15. Боженко Н.Л. (0676728991), Боженко М.І.

Реєстр. № 104/6/19

1. МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ТА ТИПУ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ НА РАННІЙ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ.
2. НДР «Клініко-патогенетичні особливості захворювань нервової системи різного ґенезу (розсіяний склероз, епілепсія, вертеброневрологічні розлади, хвороба Паркінсона та ін.) в мешканців Західно-українського регіону», 0109U000018, 20172022 рр.
3. Неврологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Авторами вперше запропоновано та апробовано на 60-ти хворих на РС інноваційний метод визначення в сироватці крові обстежуваних не конвенційного міозину 1с - специфічного білку, що входить до складу мікрофіламентів (в основному В- лімфоцитів), як маркера апоптозу автореактивних клітин при розсіяному склерозі. Відповідна концентрація 48 кДа ізоформи неконвенційного міозину 1с (48кДа МуО 1с) підтверджує діагноз розсіяного склерозу на ранній стадії захворювання, а за рівнем цього білка визначають тяжкість та тип перебігу захворювання.
8. Запропонований метод надає можливість підвищити точність діагностики РС, що є вкрай важливим для своєчасного призначення препаратів хворобо-модифікуючої терапії, дає можливість оцінити тип перебігу та швидкість прогресування захворювання, що необхідно для прогнозування та раціонального, персоналізованого добору препарату.
9. Лабораторні дослідження.
10. Хворі з розсіяним склерозом.
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.
14. Немає.
15. Негрич Н.О., Негрич ТІ. (0974416953).

НЕФРОЛОГІЯ

Реєстр. № 105/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ.
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 2015-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126852. МПК А61К 31/00, А61Р 13/12 (2006.1) ; А61Р 9/12 (2006.01), А61Р 3/04 (2006.01). Спосіб лікування нефропатії у

хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням / Ілащук Т.О., Микитюк О.П. - № u201800405; заявл. 15.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.

6. Немає.
7. Одним із органів-мішеней при гіпертензії є нирки. Вони чутливі до коливань артеріального тиску, і з прогресуванням гіпертензії зазнають незворотних анатомофізіологічних змін. Як наслідок, відбувається активація ряду якісно нових чинників підтримання високих значень артеріального тиску, що призводить до замикання «патологічного кола» і прогресування гіпертензії. Цей факт підтверджує необхідність постійного контролю за функцією нирок і доцільність застосування у комплексному лікуванні засобів із нефропротекторними властивостями. Омега-3- поліненасичені жирні кислоти як основна складова епадолу-нео оптимізують реологічні властивості крові, підтримують ендотелійзалежну вазодилатацію, зменшують вираженість системного низькоінтенсивного запалення при метаболічному синдромі та оптимізують роботу нирок. При експериментальній хронічній нефропатії препарат зменшує нирковий вміст 6-кето-простагландину F1a (метаболіт простагландину GI2), тромбоксану B2 (TxB2), простагландину F2a і D2 на 60 %, що є визначальним у попередженні пошкодження гломерулярного апарату за умов метаболічного синдрому. Світові спостереження стверджують, що довголанцюгові омега-3-поліненасичені жирні кислоти покращують функцію ниркового ендотелію завдяки своїм антиоксидантним властивостям, простагландин- регулюючій функції, регуляції місцевої імунної та запальної відповіді, обмеженню процесів склерозування. Наслідком тривалого застосування епадолу-нео є регуляція NO-залежної вазодилатації і нормалізація простагландинового балансу зі зсувом у бік вазодилатуючих фракцій. Визначним є те, що зазначені ефекти краще виражені у хворих, які отримують епадол-нео як додаток до основної терапії. Зниження протеїнурії є суттєвим клінічним ефектом омега-3-поліненасичених жирних кислот, оскільки у віддаленій перспективі це може сповільнити прогресування як хронічної хвороби нирок, так і ускладнень артеріальної гіпертензії.
8. Поліненасичені жирні кислоти сумісні з лікарськими препаратами різних груп, отже можуть включатися в склад комплексного лікування. Побічних ефектів у хворих на артеріальну гіпертензію поліненасичені жирні кислоти не викликають. Медична ефективність: У складі комплексного лікування хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння епадол-нео виявляє ренопротекторні властивості: за їх прийому достовірно зменшується протеїнурія на тлі суттєвого зростання швидкості клубочкової фільтрації (на 15,8%) і добової екскреції іонів натрію. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров’я населення за рахунок підвищення ефективності лікувально-діагностичних заходів, зручний для пацієнта і лікаря шлях уведення органопротекторного препарату як на госпітальному, так і на позагоспітальному етапах. Економічна ефективність: Запропонований спосіб є патогенетично обґрунтованим варіантом лікування, що дає можливість нормалізації швидкості клубочкової фільтрації, призводить до зменшення мікропротеїнурії, зменшення реабсорбції та збільшення добової екскреції натрію, що в кінцевому наслідку, сповільнює темпи розвитку і прогресування ниркових ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням.
9. Епадол-нео шляхом призначення по 1 капсулі 2 рази на добу перорально терміном мінімально на 2 місяці додатково до базової терапії основної та супутньої патології. В подальшому хворого лікують згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на артеріальну гіпертензію.
10. Артеріальна гіпертензія за ожиріння, при виявленні ознак нефропатії (мікроальбумінурія, зменшення швидкості клубочкової фільтрації).
11. Стани, перелічені в інструкції виробника до препарату «Епадо-нео»: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу. Загострення хронічного

холециститу, загострення хронічного панкреатиту, загострення захворювань гепатобіліарної системи, жовчнокам'яна хвороба, патологічні стани, що включають геморагічний синдром.

12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097).

Реєстр. № 106/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ.

2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 2015-2019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126854. МПК A61K 31/00, A61P 13/12 (2006.1) ; A61P 9/02 (2006.01), A61P 9/12 (2006.01), A61P 3/04 (2006.01). Спосіб лікування нефропатії у хворих на остеоартроз із супутньою артеріальною гіпертензією та ожирінням / Ілащук Т.О., Микитюк О.П. - № u201800412; заявл. 15.01.2018; опубл.10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Ожиріння є фоном для розвитку і прогресування уражень опорно-рухового апарату, зокрема, остеоартрозу на фоні кардіоваскулярної патології Незважаючи на досягнення сучасної медицини, ключовими для лікування больового синдрому при ОА залишаються нестероїдні протизапальні препарати. [Можина Т.Л., 2014]. Систематичне їх вживання може негативно позначатися на функції нирок, швидкості клубочкової фільтрації, екскреції іонів натрію, прискорює розвиток хронічної ниркової недостатності і формує злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії, підтримує гіперволемію. Артеріальна гіпертензія, зі свого боку, за рахунок розвитку нефросклерозу, теж суттєво змінює екскреторну функцію нирок, достовірно зменшує абсолютну реабсорбцію натрію, добову екскрецію натрію і швидкість клубочкової фільтрації, що асоціюється з достовірним посиленням мікропротеїнурії. Цей факт підтверджує необхідність постійного контролю за функцією нирок за остеоартрозу, особливо із супутніми артеріальною гіпертензією і ожирінням, і доцільність застосування у комплексному лікуванні засобів із нефропротекторними властивостями. Омега-3-поліненасичені жирні кислоти у складі комплексного лікування хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння виявляють ренопротекторні властивості: за їх прийому достовірно зменшується протеїнурія на тлі суттєвого зростання швидкості клубочкової фільтрації (на 15,8%) і добової екскреції іонів натрію.
8. Поліненасичені жирні кислоти сумісні з лікарськими препаратами різних груп, отже можуть включатися в склад комплексного лікування. Побічних ефектів у хворих на остеоартроз і артеріальну гіпертензію поліненасичені жирні кислоти не викликають. Медична ефективність: При розробці способу взято до уваги коморбідну патологію, в даному випадку, артеріальну гіпертензію і остеоартроз, наявність якого за умови періодичного або постійного прийому нестероїдних протизапальних препаратів визначає простагландин-залежні чинники нефропатії і потребує інших

терапевтичних підходів до їх корекції. У складі комплексного лікування хворих на остеоартроз і супутню артеріальну гіпертензію на фоні ожиріння епадол-нео виявляє ренопротекторні властивості: за його прийому достовірно зменшується протеїнурія на тлі суттєвого зростання швидкості клубочкової фільтрації (на 15,8%) і добової екскреції іонів натрію. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувально- діагностичних заходів, зручний для пацієнта і лікаря шлях уведення органопротекторного препарату як на госпітальному, так і на позагоспітальному етапах. Економічна ефективність: Запропонований спосіб передбачає використання епадолу-нео - засобу, який коригує гіперліпідемію та позитивно впливає на стан нирок; адже його нефропротекторний вплив реалізується як за рахунок системного впливу на серцево-судинну систему та мікроциркуляцію, так і на рівні ниркової тканини безпосередньо за рахунок регуляції простагландинового обміну, який зазнає змін за остеоартрозу.

9. Епадол-нео шляхом призначення по 1 капсулі 2 рази на добу перорально терміном мінімально на 2 місяці додатково до базової терапії основної та супутньої патології. В подальшому хворого лікують згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на остеоартроз.
10. Остеоартроз із супутньою артеріальною гіпертензією та ожирінням, при виявленні ознак нефропатії (мікроальбумінурія, зменшення швидкості клубочкової фільтрації).
11. Стани, перелічені в інструкції виробника до препарату «Епадо-нео»: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу. Загострення хронічного холециститу, загострення хронічного панкреатиту, загострення захворювань гепатобіліарної системи, жовчнокам'яна хвороба, патологічні стани, що включають геморагічний синдром.
12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Театральна пл.2.
14. Немає.
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097).

Реєстр. № 107/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ КОМОРБІДНИХ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК (ХХН) V Д СТ. В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗВИТКУ РІЗНИХ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ОЦІНКИ ПАРАМЕТРІВ ЗГОРТАЮЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ.
2. НДР «Визначити роль про- та антикоагулянтних факторів гемостазу і параметрів згортаючого потенціалу в розвитку коморбідних станів у хворих на хронічну хворобу нирок V Д стадії та розробити критерії профілактики тромбофілій», 0119U101156; 2019-2021 рр.
3. Нефрологія.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування тромбофілій за допомогою молекулярних маркерів гемостазу (розчинного фібрину, Д-димеру, протеїну С, фібриногену) у хворих ХХН V Д ст. в залежності від розвитку деяких коморбідних станів.
8. Оптимізація процесу прогнозування та профілактики тромбофілій за допомогою молекулярних маркерів гемостазу з метою покращення реабілітаційного потенціалу. Медико-соціальний та економічний ефекти обумовлені покращенням якості

прогнозування тромбофілій та можливістю своєчасного превентивного лікування та визначення 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°С).
10. Хворі хронічною хворобою нирок V Д ст., які лікуються програмним гемодіалізом.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інваліністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Сторожук Л.О., Сторожук Б.Г. (0503133302), Сторожук О.Б., Селезньова І.Б., Довгалюк Т.В., Яворовенко О.Б.

ОНКОЛОГІЯ

Реєстр. № 108/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПЛАТИНА- ВМІСНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ТРИЧІ НЕГАТИВНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.
2. НДР «Розробка та впровадження панелі предиктивних мікроРНК для персоналізованого дизайну неоад'ювантної терапії хворих на рак молочної залози», 0119U101242, 2019 р.
3. Онкологія.
4. 2+;В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Панель предиктивних біомаркерів (циркулюючі мікроРНК-182, -21 і -126) для визначення чутливості до платина-вмісної неоад'ювантної поліхіміотерапії (НХПТ) у хворих на тричі негативний рак молочної залози (ТНРМЗ). Чутливими до платина- вмісної НХПТ є хворі з показниками експресії циркулюючих мікроРНК-182, -21 і - 126 відповідно <0,01; <1,6 та >0,04 ум. од.; нечутливими до такого лікування (прогресія пухлинного процесу) є пацієнтки з показниками експресії циркулюючих мікроРНК-182, -21 і -126 відповідно >0,5; >3,0 та <0,02 ум. од.
8. Забезпечення персоналізованого підбору схем НХПТ, що призводить до підвищення ефективності лікування хворих на ТНРМЗ.
9. ПЛР-аналізатор, набори для визначення рівня експресії мікроРНК.
10. Хворі на тричі негативний 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. ТОВ «Клініка персоналізованого дизайну діагностики і терапії «Онкотераностика». 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Думанський Ю.В., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Базась В.М., Яловенко Т.М.

Реєстр. № 109/6/19

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ БАЗАЛЬНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДТИПУ ПУХЛИН.
2. НДР «Розробка та впровадження панелі предиктивних мікроРНК для персоналізованого дизайну неоад'ювантної терапії хворих на рак молочної залози», 0119U101242, 2019 р.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб визначення чутливості до першої лінії неоад'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ) - схема АР - у хворих на рак молочної залози (РМЗ) базального молекулярного підтипу за показниками експресії циркулюючих мікроРНК-125b та - 205.Рівні експресії мікроРНК-205 вище за 2,9 ум. од. та мікроРНК-125Ь нижче за 0,1 ум. од. у сироватці крові характерні для пацієнток чутливими до схем НХПТ першої лінії, а рівні експресії мікроРНК-205 нижче за 0,5 ум. од., та мікроРНК-125Ь вище за 0,5 ум. од. типові для пацієнток з прогресією пухлинного процесу.
8. Можливість проведення своєчасного індивідуалізованого підбору оптимальних схем НПХТ хворих на РМЗ базального молекулярного підтипу, що сприятиме покращанню результатів лікування.
9. ПЛР-аналізатор, набори 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. ТОВ «Клініка персоналізованого дизайну діагностики і терапії «Онкотераностика». 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
15. Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Думанський Ю.В., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Базась В.М., Яловенко Т.М.

Реєстр. № 110/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ЗА АНТРАЦИКЛІН-ВМІСНИМИ СХЕМАМИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮМІНАЛЬНОГО А ТА Б ПІДТИПІВ

2. НДР «Розробка та впровадження панелі предиктивних мікроРНК для персоналізованого дизайну неоад'ювантної терапії хворих на рак молочної залози», 0119U101242, 2019 р.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування чутливості до стандартних антрациклін-вмісних схем (АС і FAC) неоад'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ) у хворих на рак молочної залози (РМЗ) люмінального А та Б підтипів шляхом аналізу рівнів циркулюючих мікроРНК-21, -205 та -375. Хворі на РМЗ люмінального А підтипу чутливі до НАПХТ за умов високого рівня експресії мікроРНК-205 (>4 ум. од.) і низького рівня

експресії мікроРНК-375 (<0,3 ум. од.). Хворі на РМЗ люмінального Б підтипу чутливі до НАПХТ за умов рівня експресії мікроРНК-21 нижче 2 ум. од. та мікроРНК-205 вище 3 ум. од

8. Можливість проведення своєчасного персоналізованого підбору оптимальних схем НПХТ хворих на РМЗ люмінального А та Б підтипів, що сприятиме покращанню результатів лікування.
9. ПЛР-аналізатор, набори 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. ТОВ «Клініка персоналізованого дизайну діагностики і терапії «Онкотераностика». 03022, м. Київ, вул. Васильківська, 45.
15. Лук'янова Н.Ю. (0442579644), Чехун В.Ф., к. б. н. Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Клюсов О.М., Яловенко Т.М.

Реєстр. № 111/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЮ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО ТИПУ І-ІІ СТАДІЇ.

2. НДР «Дослідження молекулярно-біологічних особливостей раку ендометрію та визначення молекулярних підтипів ендометріоїдної карциноми, асоційованих з високим потенціалом злоякісності», 0116U007815, 2017-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 136335. МПК А61Б 10/02 (2006.01). Спосіб прогнозування перебігу захворювання у хворих на рак ендометрію ендометріоїдного типу І-ІІ стадії / Бучинська Л.Г., Юрченко Н.П., Неспрядько С.В.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. -№ u201902528, заявл. 15.03.2019. опубл. 12.08.2019. Бюл. № 15.
6. Немає..
7. Спосіб прогнозування перебігу захворювання у хворих на рак ендометрію ендометріоїдного типу І-ІІ стадій, при якому висока 5-річна виживаність спостерігається за умови кількості інтратуморальних FOXP3+-лімфоцитів нижче за
12,8 %; а при перевищенні цього значення 5-річна виживаність низька. При вмісті інтратуморальних $FOXP3^{+}$-лімфоцитів нижче за 12,8 % прогноз перебігу захворювання оцінюють як сприятливий, а при більше 12,8 % - як несприятливий.
8. Можливість удосконалення якості прогнозування перебігу раку ендометрію ендометріоїдного типу І-ІІ стадії для своєчасної корекції лікування з метою покращення його ефективності.
9. Світловий мікроскоп, МкаТ, система візуалізації.
10. Хворі на рак ендометрію ендометріоїдного типу І-ІІ стадій.
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 інтитут раку МОЗ України. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
15. Бучинська Л.Г. (0442597123), Юрченко Н.П., Глущенко Н.М., Свінціцький В.С.

Реєстр. № 112/6/19

1. АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У РОДИЧІВ ОСІБ, ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЮ
2. НДР «Дослідження молекулярно-біологічних особливостей раку ендометрію та визначення молекулярних підтипів ендометріоїдної карциноми, асоційованих з високим потенціалом злоякісності», 0116U007815, 2017-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2++;B.
5. Патент України на корисну модель № 126425. МПК A61B 5/00 (2018.01). Спосіб визначення індивідуального ризику розвитку онкологічної патології у родинах осіб, хворих на рак тіла матки / Чехун В.Ф., Бучинська Л.Г., Несіна І.П., Глущенко Н.М., Юрченко Н.П., Брєєва О.В.; заявник і патентовласник Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України. - № u201710859, заявл. 07.11.2017. опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає..
7. Проведення клініко-генеалогічного обстеження хворих на рак ендометрію, при якому враховують вік, локалізацію, відносну частоту злоякісних пухлин у родичів I та II ступеня спорідненості, на підставі генеалогічних обстежень визначають індивідуальний генетичний ризик розвитку новоутворень, і при значеннях показників >27 балів - для родичів молодше 50 років та >30 балів - для родичів старше 50 років, констатують високий ризик розвитку онкологічної патології і проводять комплекс спеціалізованих діагностично-лікувальних заходів з урахуванням локалізації злоякісних новоутворень.
8. Виявлення спадкової схильності до виникнення злоякісних новоутворень серед членів родин осіб, хворих на рак ендометрію, забезпечує можливість формування груп високого ризику для проведення персоналізованих профілактичних заходів та/або ранньої діагностики онкологічних захворювань.
9. Онколог-генетик, що проводить медико-генетичне консультування.
10. Родичі осіб, хворих на рак ендометрію.
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. Бучинська Л.Г. (0442597123), Несіна І.П., Глущенко Н.М., Свінціцький В.С.

Реєстр. № 113/6/19 1. ВИЗНАЧЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНОГО ФЕНОТИПУ АГРЕСИВНИХ ФОРМ РАКУ ЕНДОМЕТРІЮ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО ТИПУ.

2. НДР «Дослідження молекулярно-біологічних особливостей раку ендометрію та визначення молекулярних підтипів ендометріоїдної карциноми, асоційованих з високим потенціалом злоякісності», 0116U007815, 2017-2019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;C.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб визначення молекулярного фенотипу раку ендометрію ендометріоїдного типу I-II стадій за оцінкою експресії онкосупресорів p53 і FOXP3 та онкогену c-Myc. Висока експресія у пухлинних клітинах p53(>45,0 %) і c-Myc(>10,0 %) та низька експресія F0XP3(<14,0 %) характерні для найбільш агресивних форм раку

ендометрію ендометріоїдного типу I-II стадій. Молекулярний фенотип: p53^{high}FOXP3^{low}c-Myc^{high} відображає потенційну здатність прогресування пухлинного процесу.

8. Можливість своєчасної уточнюючої діагностики раку ендометрію ендометріоїдного типу I-II стадій та корекції тактики персоналізованого лікування.
9. Світловий мікроскоп, МкаТ, система візуалізації.
10. Рак ендометрію ендометріоїдного типу I-II стадій.
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. Бучинська Л.Г. (0442597123), Несіна І.П., Юрченко Н.П., Брєєва О.В., Глущенко Н.М.

Реєстр. № 114/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО ДІЇ ХІМІОПРЕПАРАТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЛІМФОЛЕЙКОЗІ.

2. НДР «Рецептор-опосередковані сигнальні каскади у патобіології злоякісно трансформованих клітин при хронічному лімфо лейкозі», 0116U007817, 20172019 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування чутливості до дії хіміопрепаратів при хронічному лімфо лейкозі шляхом дослідження експресії CD38, CD 150 та CD180 на плазматичній мембрані В-лімфоцитів хворих на хронічний лімфолейкоз. Хворі, у яких злоякісно трансформовані В-лімфоцити експресують CD150 і CD180, є більш чутливі до схеми FCR (ритуксимаб + флударабін + циклофосфамід), тоді як пацієнти, негативні за експресією CD38, чутливі до схеми BR (ритуксимаб + бендамустін).
8. Можливість персоналізованого вибору схем лікування.
9. Проточний цитофлуориметр, моноклональні антитіла.
10. Хворі на хронічний лімфолейкоз.
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. Сидоренко С.Щ Шлапацька Л.М. (0442597085), Гордієнко І.М., Щербіна В.М., Скляренко Л.М., Іванівська Т.С., Поліщук А.С.

Реєстр. № 115/6/19

1. СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ БЛАСТОЇДНОГО ВАРІАНТУ ЛІМФОМИ З КЛІТИН МАНТІЙНОЇ ЗОНИ.
2. НДР «Вивчення ензимоцитохімічних та імуноцитологічних особливостей кровотворних клітин-попередників при різних формах гемобластозів», 0115U002969, 2015-2019 рр.
3. Онкологія, діагностична онкогематологія.
4. 2++;В.

5. Патент України на корисну модель № 139194. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб диференційної діагностики бластоїдного варіанту лімфоми з клітин мантійної зони / Глузман Д.Ф., Скляренко Л.М., Іванівська Т.С., Коваль С.В., Завелевич М.П., Фільченков О.О., Поліщук А.С.; заявник і патентовласник:Інститут експериментальної патології, онкології і ім.
6. Немає.
7. Діагностичні дослідження із використанням спеціально підібраної панелі моноклональних антитіл до диференціювальних антигенів лімфоїдних і кровотворних клітин, що складається з трьох ліній МкАт, дозволяють проводити уточнюючу диференційну діагностику бластоїдного варіанту лімфоми з клітин мантійної зони. Використання способу дозволяє діагностувати це захворювання як за відсутності ознак вираженої гіперплазії лімфатичних вузлів, так і в разі неможливості проведення біопсії, що підвищує рівень діагностики та ефективність терапії.
8. Можливість застосування як цитоцентрифужних препаратів, так і безпосередньо нативних мазків препаратів кісткового мозку. Спосіб дозволяє проводити диференційну діагностику бластоїдного варіанту лімфоми з клітин мантійної зони навіть при атиповій експресії антигенів на мембранах лімфом них клітин.
9. Кваліфіковані лікарі-лаборанти, базове оснащення гематологічної лабораторії із цитоцентрифугою.
10. Хворі на онкогематологічні захворювання.
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. Глузман Д.Ф. (0442579053), Скляренко Л.М., Іванівська Т.С., Коваль С.В., Завелевич М.П, Фільченков О.О., Поліщук А.С.

Реєстр. № 116/6/19 1. МЕТОДИКА УНІЛАТЕРАЛЬНОГО УРЕТЕРОКУТАНЕОАНАСТОМОЗУ.

2. НДР «Визначити шляхи зменшення інвалідизації хворих з локалізованим раком нирки на основі розробки та оптимізації інноваційних методів діагностики, неоад'ювантної таргетної терапії та хірургічного лікування», 0118U003727, 20182020 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 131647. МПК А61В 17/00. Спосіб унілатерального уретерокутанеоанастомозу / Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Мариниченко М.В., Пікуль М.В., Стаховський О.Е., Кононенко О.А.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201807850; заявл. 13.07.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Мобілізація термінальних відділів обох сечоводів, проведення їх через канал в брижі сигмоподібної кишки та передньої черевної стінки на шкіру на межі верхньої та середньої третини лінії, яка з'єднує пупок та верхню здухвинну вісь зліва; шкіру розсікають хрестоподібно, формуючи чотири трикутники, сечоводи виводять назовні через розсічені шари тканин, латеральні трикутоподібні клапті відсікають, а верхній та нижній - зшивають між собою у вигляді дуплікатори до її латеральних країв та шкіри; розсічений термінальний кінець сечоводу вивертається слизовою

назовні та фіксується до країв шкіри окремими вузловими швами, формуючи вигляд «пелюстки»; обидва сечоводи стентуються.

8. Можливість попередження виникнення стриктур сечоводів у ділянці анастомозу та покращення якості життя пацієнтів.
9. Обладнання операційної.
10. Хворі на м'язово-інвазивний рак сечового міхура.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Мариниченко М.В., Пікуль М.В., Стаховський О.Е., Кононенко О А. (0442574319).

Реєстр. № 117/6/19

1. МЕТОДИКА МАГНІТОВАКЦИНАЦІЇ.
2. НДР «Дослідити фенотипові, функціональні та молекулярно-генетичні характеристики пухлинних клітин із властивостями стовбурових та обґрунтувати доцільність застосування в якості імунотерапевтичної мішені», 0119U000577, 20192021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136542. МПК А61К 35/14. Спосіб протипухлинної магнітовакцинації / Храновська Н.М., Орел В.Е., Скачкова О.В., Макеєнко О.Л., Горбач О.І., Рихальський О^., Іномістова М.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201901925; заявл. 26.02.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Протипухлинна магнітовакцинація включає синтез нанокомплексу на основі заліза та пухлинних антигенів, який інкубують з дендритними клітинами і пухлиноносія з наступним опроміненням електромагнітним полем.
8. Підвищення ефективності імунотерапії з використанням магніточутливої нановакцини на 15-20 %и
9. Ламінарна шафа, СОг-інкубатор, поживне середовище, наночастннки.
10. Хворі на рак легені.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Храновська Н.М., Орел В.Е., Скачкова О.В., Макеєнко О.Л., Горбач О.І., Рихальський О.Ю., Іномістова М.В. (0442573062).

Реєстр. № 118/6/19 1. МЕТОДИКА ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ РЕФРАКТЕРНИХ ТА РЕЦИДИВНИХ НЕФРОБЛАСТОМАХ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Оптимізувати комплексне лікування дітей, хворих на ембріональні пухлини центральної нервової системи, пухлини сімейства саркоми Юїнга/примітивної нейроектодермальної пухлини та нейробластоми групи високого ризику», 0119U000578, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;С.

5. Патент України на корисну модель № 137108. МПК А61К 31/00. Спосіб хіміотерапії при рефрактерних та рецидивних нефробластомах у дітей / Іжовський О.Й., Климнюк Г.І., Павлик С.В., Шайда Е.В., Велимчаниця М.В., Приходько І.О., Стежка М.О., Білоконь О.В.. Ожиганов О.О.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201900682; заявл. 23.01.2019; опубл. 10.10.2019. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Проведення поліхіміотерапії за схемою: іринотекан 20 мг/м^2/день, 1-5 та 8 днів, внутрішньовенно крапельно темодал 100 мг/мг/день, 1-5 днів, перорально або іринотекан 20 мг/м^2/день, 1-5 та 8-12 днів, внутрішньовенно крапельно темодал 100 мг/м^2/день, 1-5 день, перорально; бевацизумаб 15 мг/кг, внутрішньовенно болюсно на 15 день.
8. Зменшення мієлотоксичності лікування та підвищення загальної виживаності.
9. Хіміопрепарати, пристрій для проведення внутрішньовенних інфузій.
10. Хворі на рефрактерні та рецидивні нефробластоми.
11. Загальний стан дитини, відсутність алергічної реакції на вищевказані препарати.
12. Мієлотоксичність, діарея, нудота, блювота, алопеція.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Іжовський О.Й., Климнюк Г.І., Павлик С.В., Шайда Е.В., Велимчаниця М.В., Приходько І.О., Стежка М.О., Білоконь О.В.. Ожиганов О.О. (0442590185).

Реєстр. № 119/6/19 1. МЕТОДИКА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ НЕФРОБЛАСТОМ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Оптимізувати комплексне лікування дітей, хворих на ембріональні пухлини центральної нервової системи, пухлини сімейства саркоми Юїнга/примітивної нейроектодермальної пухлини та нейробластоми групи високого ризику», 0119U000578, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 134192. МПК А61М 1/02. Спосіб хіміотерапевтичного лікування рецидивних нефробластом у дітей / Климнюк Г.І., Іжовський О.Й., Павлик С.В., Шайда Е.В., Велимчаниця М.В., Приходько І.О., Стежка М.О., Білоконь О.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201811241; заявл. 15.11.2018; опубл. 10.05.2019. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Проведення високодозної поліхіміотерапії з аутологічною трансплантацією стовбурових клітин периферичної крові.
8. Скорочення тривалості лікування та збільшення загальної виживаності.
9. Хіміопрепарати, пристрій для проведення внутрішньовенних інфузій, апарат для заготівлі стовбурових клітин периферичної крові, стимулятори лейкопоезу, апарати для консервації та зберігання стовбурових клітин, боксовані палати.
10. Хворі на рецидивні нефробластоми.
11. Загальний стан пацієнта, наявність достатньої кількості стовбурових клітин.
12. Мієлотоксичність, діарея, нудота, блювота, алопеція, інфекційні ускладнення.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Климнюк Г.І., Іжовський О.Й., Павлик С.В., Шайда Е.В., Велимчаниця М.В., Приходько І.О., Стежка М.О., Білоконь О.В. (0442590185).

Реєстр. № 120/6/19

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.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132384. МПК А6Ш 1/40. Спосіб неоад'ювантної терапії хворих на місцево поширений рак грудної залози / Смоланка І.І., Орел В.Е., Досенко І.В., Ляшенко А.О., Лобода А.Д., Риспаєва Д.Е., Супруненко О.А., Смоланка І.І. мол.; заявник та патентовласник Національний інститут раку - № u201809327; заявл. 13.09.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія за схемою ТС з наступним проведенням сеансу магнітотермії на патологічну ділянку за вихідною потужністю апарату 50 Вт протягом 30 хв.
8. Можливість переведення первинно неоперабельного раку грудної залози в операбельний, зменшення розміру пухлини та виконання в подальшому радикальної органозберігаючої операції.
9. Ангіографічна установка, внутрішньоартеріальний катетер, контрастна речовина, хіміотерапевтичні та препарати супроводу, апарат для магнітотермії.
10. Хворі на місцево поширений рак грудної залози.
11. Наявність штучного водія ритму, металеві протези у ділянці дії магнітотермії, загальні протипоказання для проведення хіміотерапії.
12. Ускладнення при хіміотерапії.
13. Повне найменування установи (підприємства, організації) розробника: Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Орел В.Е., Досенко І.В., Ляшенко А.О., Лобода А.Д., Риспаєва Д.Е., Супруненко О.А., Смоланка І.І. мол. (0442571052).

Реєстр. № 121/6/19 1. МЕТОДИКА ЗАМІЩЕННЯ ПОЛОВИННОГО ДЕФЕКТУ ЯЗИКА.

2. НДР «Визначити шляхи покращення результатів лікування та якості життя хворих на місцево поширений рак ротової порожнини та ротоглотки на основі оптимізації методів заміщення післяопераційних дефектів васкуляризованими трансплантатами», 0119U000576, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132383. МПК А61В 17/00. Спосіб заміщення половинного дефекту язика / Кравець О.В., Процик В.С., Хлинін О.В., Буртин О.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201809326; заявл. 13.09.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Хірургічне видалення пухлини з одномоментним заміщенням дефекту шкірно- фасціальним клаптем надключичної артерії.
8. Зменшення частоти ускладнення у донорській ділянці, скорочення тривалості оперативного втручання та забезпечення позитивних показників функціональної реабілітації хворого.
9. Обладнання операційної, мікрохірургічний інструментарій, бінокулярі лупи із збільшенням 4,5, одноканальний електролігуючий генератор для герметизації судин.

10. Хворі на рак слизової оболонки ротової порожнини.
11. Попередньо проведена шийна лімфодисекція з видаленням лімфовузлів 4 і 5 рівнів та перев'язкою поперечної шийної артерії, важка супутня патологія (серцево- судинні захворювання та цукровий діабет).
12. Некроз клаптя, розходження країв післяопераційної рани.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кравець О.В., Процик В.С., Хлинін О.В., Буртин О.В. (0442577640).

Реєстр. № 122/6/19 1. МЕТОДИКА ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТУ СЛИЗОВОЇ ЩОКИ.

2. НДР «Визначити шляхи покращення результатів лікування та якості життя хворих на місцево поширений рак ротової порожнини та ротоглотки на основі оптимізації методів заміщення післяопераційних дефектів васкуляризованими трансплантатами», 0119U000576, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 137387. МПК A61B 17/00. Спосіб заміщення дефекту слизової щоки / Кравець О.В., Хлинін О.В., Буртин О.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201900681; заявл. 23.01.2019; опубл. 25.10.2019. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Видалення пухлини щоки з одномоментним заміщенням дефекту слизової щоки перфорантним клаптем підшкірного м'яза шиї.
8. Позитивний функціональний і косметичний результат та покращання якості життя хворого.
9. Обладнання операційної, мікрохірургічний інструментарій, бінокулярі лупи із збільшенням 4,5, одноканальний електролігуючий генератор для герметизації судин.
10. Хворі на рак слизової порожнини рота.
11. Попередньо проведена променева терапія з одноіменної сторони.
12. Некроз клаптя, ускладнення в донорській ділянці.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кравець О.В., Хлинін О.В., Буртин О.В. (0442577640).

Реєстр. № 123/6/19 1. МЕТОДИКА ЗАМІЩЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕФЕКТУ ДНА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.

2. НДР «Визначити шляхи покращення результатів лікування та якості життя хворих на місцево поширений рак ротової порожнини та ротоглотки на основі оптимізації методів заміщення післяопераційних дефектів васкуляризованими трансплантатами», 0119U000576, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132191. МПК A61B 17/00. Спосіб заміщення післяопераційного дефекту дна ротової порожнини / Кравець О.В., Хлинін О.В., Буртин О.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201809890; заявл. 04.10.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.

7. Хірургічне видалення пухлини дна ротової порожнини з одномоментним заміщенням дефекту шкірно-м'язовим клаптем кивального м'яза.
8. Збільшення дуги ротації клаптя та розширення меж шкірної частини на 2 см нижче нижнього краю ключиці.
9. Обладнання операційної, мікрохірургічний інструментарій, бінокулярі лупи із збільшенням 4,5, допплер, одноканальний електролігуючий генератор для герметизації судин.
10. Хворі на рак голови та шиї.
11. Попередньо проведена променева терапія в ділянці шиї з одно іменної сторони.
12. Некроз клаптя, гематома, розходження країв післяопераційної рани.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кравець О.В., Хлинін О.В., Буртин О.В. (0442577640).

Реєстр. № 124/6/19 1. МЕТОДИКА ЗАМІЩЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕФЕКТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ.

2. НДР «Визначити шляхи покращення результатів лікування та якості життя хворих на місцево поширений рак ротової порожнини та ротоглотки на основі оптимізації методів заміщення післяопераційних дефектів васкуляризованими трансплантатами», 0119U000576, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131292. МПК A61B 17/00. Спосіб заміщення післяопераційного дефекту при хірургічному лікуванні пухлин голови та шиї / Кравець О.В., Хлинін О .В., Буртин О.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201807522; заявл. 05.07.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Заміщення післяопераційних дефектів пухлин голови та шкіри шкірно-м'язовим клаптем великого грудного м'яза на «живильний» ніжці.
8. Збільшення дуги ротації клаптя, розширення меж його використання, мінімізування функціональних порушень верхньої кінцівки та забезпечення кращого косметичного результату у донорській ділянці.
9. Обладнання операційної, мікрохірургічний інструментарій, бінокулярі лупи із збільшенням 4,5, розсувний операційний ларингоскоп, одноканальний електролігуючий генератор для герметизації судин.
10. Хворі на рак голови та шиї.
11. Тяжка супутня патологія (серцево-судинні захворювання та цукровий діабет).
12. Некроз клаптя, ускладнення в донорській ділянці, слинна нориця.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кравець О.В., Хлинін О.В., Буртин О.В. (0442577640).

Реєстр. № 125/6/19 1. МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ОРГАНОЗБЕРЕЖНОГО ЛІКУВАННЯ ЧИ АМПУТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПУХЛИНИ ТАЗОВОЇ КІСТКИ.

2. НДР «Визначити шляхи зменшення інвалідизації хворих на гігантоклітинну пухлину кісток на основі використання таргетної терапії та оптимізації хірургічного лікування», 0119U000579, 2019-2021 рр.
3. Онкологія.

4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131871. МПК А61Р 2/42. Спосіб визначення показань до органозбережного лікування чи ампутації у хворих на пухлини тазової кістки / Дєдков А.Г., Костюк В.Ю., Жолонко М.М., Бойчук С.І., Максименко Б.В., Кукушкіна М.М., Волков І.Б., Остафійчук В.В.; заявник та патентовласник Національний інститут раку. - № u201805322; заявл. 15.05.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Пацієнту після стандартних методів діагностики пухлини тазової кістки оптимальний спосіб хірургічного втручання визначають за показником кореляції індивідуальних ознак (вік, вага, стать, зріст, наявність чи відсутність цукрового діабету, варикозної хвороби нижніх кінцівок та карієсу): при значенні <4,44 рекомендують ампутацію, а при <4,44 - міжздухвинно-черевну резекцію з реконструкцією тазового кільця.
8. Можливість вибору оптимального способу та попередження повторного хірургічного втручання, забезпечення високих функціональних показників роботи кінцівки, покращання якості життя хворих.
9. Комп'ютерна програма «Математична модель ймовірності повторного хірургічного втручання після реконструктивної операції у хворих на пухлини кісток таза».
10. Хворі на пухлини тазової кістки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку. 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Дєдков А.Г., Костюк В.Ю., Жолонко М.М., Бойчук С.І., Максименко Б.В., Кукушкіна М.М., Волков І.Б., Остафійчук В.В. (0442578741).

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я Реєстр. № 126/6/19 1.
ТЕХНОЛОГІЧНИЙ АУДИТ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НТР.

2. НДР «Дослідження та обґрунтування доцільності впровадження об'єктів права інтелектуальної власності (ОПІВ) у сфері охорони здоров'я України», 0118U003872; «Дослідження інноваційної здатності об'єктів права інтелектуальної власності в сфері охорони здоров'я України та розробка підходів для збільшення можливостей їх впровадження в медичну практику», 0120U101692.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++,В.
5. Не охороноспроможна.
6. Представлені результати аналізу технологічного аудиту щодо визначення інноваційного потенціалу науково-технічних розробок наукових установ МОЗ України.
7. Зроблено попередні висновки стосовно аналізу проведеного технологічного аудиту інноваційного потенціалу НТР ВНЗ, закладів післядипломної освіти і наукових установ МОЗ України відповідно до запропонованої методики визначення інноваційних можливостей НТР Отримано результати аудиювання щодо визначення сумарного інноваційного потенціалу 279 НТР від 9 ВНЗ, 1 закладу післядипломної освіти та 5 наукових установ МОЗ України.

8. Результати проведеного аналізу технологічного аудиту НТР, забезпечують створення передумов для впровадження найкращих інноваційних розробок у сфері охорони здоров'я України, підвищення якості життя та здоров'я населення шляхом можливості одержання нових якісних і сучасних медичних препаратів і послуг, створення передумов для впровадження вітчизняних медичних препаратів та послуг, що не поступаються в якості імпортним, та умов для забезпечення процесу раціонального використання бюджетних коштів України.
9. Персональне автоматизоване робоче місце.
10. Запровадження методики в роботі при визначення інноваційного потенціалу науково-технічної розробки, з метою об'єктивізації та прийняття управлінських рішень щодо планування НДР.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Національна академія наук України, Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна.
15. Мислицький О.В., Закрутько Л.І.., Луговська Г.Г. (0444283722), Луговська Н.Е., Мовчун Н.О.

ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ Реєстр. № 127/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ.

2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованих способів лікування хворих на артеріальну гіпертензію, дифузні ураження печінки невірусного походження та хронічні дерматози з урахуванням стану ендокринної, імунної систем, кишкового біоценозу та метаболічних процесів», 0115U002763, 20152019 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126851. МПК А61К 31/355 (2006.01), А61Р 19/02 (2006.01), А61К 31/232 (2006.01). Спосіб лікування хворих на остеоартроз з ожирінням / Ілащук Т.О., Микитюк О.П. - № u201800403; заявл. 15.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Остеоартроз суттєво порушує рівень якості життя хворих здебільшого за рахунок больового синдрому та фізіологічного обмеження. Окрім того, він розвивається у старшому віці, коли спостерігають велику кількість супутніх захворювань. Доведено, що поєднання остеоартрозу і артеріальної гіпертензії при ожирінні сприяє збільшенню інтенсивності больового синдрому (в 1,37 рази), скутості у суглобах (в 1,49 рази), порушенню функціональної активності суглобів (в 1,37 рази) відносно даних при ізольованому остеоартрозі, обтяжуючи перебіг захворювання та якість життя пацієнтів. Омега-3-поліненасичені жирні кислоти препарати поліненасичених жирних кислот мають протизапальний ефект за рахунок включення їх в продукцію ейкозаноїдів, у результаті чого утворюються сполуки із більшою кількістю подвійних зв'язків, від яких залежить активність вихідних метаболітів: зокрема, замість прозапального простагландину Е2 продукується простагландин Е3. Зібрано переконливі дані клінічних спостережень, згідно з якими

тривалий прийом омега-3-поліненасичених жирних кислот виявився ефективним щодо стійкого зменшення болю, кількості набряклих і скутих суглобів, зменшив тривалість вранішньої скутості, поліпшив функціональні показники і навіть суттєво зменшив добову потребу щодо прийому не стероїдних протизапальних препаратів у хворих із рядом запальних захворювань суглобів (реактивний артрит, ревматоїдний артрит). Поліненасичені жирні кислоти сумісні з лікарськими препаратами різних груп, отже можуть включатися в склад комплексного лікування. Побічних ефектів у хворих на остеоартроз та супутню артеріальну гіпертензію за ожиріння поліненасичені жирні кислоти не викликають. Застосування способу дає можливість досягнення потенціювання знеболюючого ефекту нестероїдних протизапальних засобів, покращення функціональної активності і якості життя хворих.

8. Підвищення ефективності терапевтичного лікування хворих на остеоартроз за супутніх артеріальної гіпертензії та гіперліпідемії, що дозволяє досягти суттєвішого зменшення вираженості больового синдрому за остеоартрозу і сприяє покращенню функціональних можливостей опорно-рухового апарату, дозволяє ефективніше лікувати хворих на остеоартроз та супутню артеріальну гіпертензію за ожиріння. Медична ефективність: Комплексна терапія хворих на хворих на остеоартроз та супутню артеріальну гіпертензію за ожиріння із включенням епадолу-нео упродовж 2 місяців позитивно впливає на клінічний перебіг захворювань, достовірно зменшує вираженість больових відчуттів і поліпшує загальний стан хворих за остеоартрозу (оцінка самопочуття за десятибальною шкалою) у порівнянні зі стандартною терапевтичною тактикою. Окрім того, застосування омега-3-поліненасичеих жирних кислот сприяє розширенню функціональних можливостей уражених суглобів за рахунок зменшення скутості в них і покращення рухливості. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів, зручний для пацієнта і лікаря шлях уведення органопоекторного препарату як на госпітальному, так і на позагоспітальному етапах. Економічна ефективність: Обґрунтовано чіткі терміни і дозування застосування препарату, прискорення регресії клінічної симптоматики та скорочення періоду відновлення при загостренні остеоартрозу, а також наявний паралельний позитивний терапевтичний вплив на супутню патологію (артеріальна гіпертензія).
9. Епадол-нео шляхом призначення по 1 капсулі 2 рази на добу перорально терміном мінімально на 2 місяці додатково до базової терапії основної та супутньої патології. В подальшому хворого лікують згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги МОЗ України для хворих на остеоартроз (наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006)
10. Остеоартроз за супутньої артеріальної гіпертензії та ожиріння.
11. Стани, перелічені в інструкції виробника до препарату «Епадо-нео»: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів лікарського засобу Загострення хронічного холециститу, загострення хронічного панкреатиту, загострення захворювань гепатобіліарної системи, жовчнокам'яна хвороба, патологічні стани, що включають геморагічний синдром.
12. Не очікується.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Ілащук Т.О., Микитюк О.П. (0501835097).

Реєстр. № 128/6/19

1. КРІСЛО ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОСТАВИ З ПНЕВМОСФЕРОЮ

2. Немає.
3. Нейрохірургія, травматологія та ортопедія, гінекологія, урологія, онкологія.
4. 4,D.
5. Патент України на корисну модель № 110276. МПК A61H 23/00, A47C 1/00, A61G 15/02 (2006.01), A63B 23/00. Крісло для корекції постави з пневмосферою / Крес А.В., Колісник П.Ф., Колісник С.П.. - № u201600079; заявл. 04.01.2016; опубл. 10.10.2016. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Крісло складається з підставки у формі кільця, знизу до якого приєднані за допомогою зварного з'єднання ніжки - 5 шт. з поворотними колесами. За допомогою поворотних коліс крісло зручно переміщувати по підлозі. Поворотні колеса забезпечують плавність ходу і маневреність крісла. На підставку зверху встановлюється надувна куля, яка служить сидінням. З боків підставки за допомогою шарнірних петель приєднані два підлокітники. Підлокітники дозволяють на них опертися і розвантажити плечі та передпліччя. Також за допомогою зварного з'єднання до основи приєднана спинка. Спинка, у свою чергу, складається з упора для попереку, до якого за допомогою шарнірної петлі приєднаний підголівник. Підголівник дає змогу розвантажувати м'язи шиї. Упор для попереку забезпечує найбільш комфортний контакт спинки крісла з ділянкою поперекового відділу хребта. Конструкція і численні регулювання крісла, взаємне розташування його елементів відповідають антропометричним і фізіологічним параметрам людини, забезпечують ергономічний ефект.
8. Переваги пристрою полягають у тому, що регулювання посадочного місця можливе в сагітальній, фронтальній, а також горизонтальній площинах з рівномірним розподілом тиску на промежину, м'язи та кістки таза, тулуба, спини, кінцівок.
9. Крісло, яке складається з підставки у формі кільця, знизу до якого приєднані за допомогою зварного з'єднання ніжки з поворотними колесами; надувної кулі, яка встановлена зверху на підставку; двох підлокітників, які приєднані з боків підставки за допомогою шарнірних петель та виконані з можливістю регулювання по куту нахилу і по висоті; спинки, яка за допомогою зварного з'єднання приєднана до основи і складається з упора для попереку, виконаного з можливістю регулювання по висоті, до нього за допомогою шарнірної петлі приєднаний підголівник, у якого регулюються кут нахилу та висота.
10. Індивідуалізоване комфортне робоче місце. Підбір індивідуалізованого (персонального) робочого місця для школярів та осіб з порушеннями постави. Профілактика сколіозів та порушень постави у дітей. Засіб лікування та індивідуалізованої програми реабілітації при порушеннях постави та викривленнях хребта у дітей. Реабілітаційне обладнання багатоцільового призначення. Засіб лікування та індивідуальної програми реабілітації при остепорозі, післятравматичних ураженнях хребта, таза та грудної клітки. Розвантаження та зменшення напруження м'язів тазового дна. Реабілітація хворих з патологією органів малого таза (гінекологія, проктологія, урологія). Обладнання для медичної реабілітації у хворих нейрохірургічного, травматологоортопедичного, проктологічного, гінекологічного, урологічного, онкологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи.
14. Центр медичної реабілітації та спортивної медицини.
15. Крес А.В., Колісник П.Ф. (0508374001), Колісник С.П. (0972075650).

Реєстр. № 129/6/19

1. СПОСІБ ВИБОРУ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА.
2. Патологія хребта як ланка патогенезу захворювань внутрішніх органів та фактор їх резистентності до лікування: дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. н.: 14.01.02 / Колісник П.Ф.; Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. - Вінниця, 2002. - 308 с.
3. Реабілітація, травматологія та ортопедія, неврологія, терапія.
4. 2++,B.
5. Немає.
6. Немає.
7. Вибір тактики лікування залежить від нозологічної форми, тяжкості та стадії захворювання, виду травмуючих елементів та пошкоджених ними анатомічних структур, а також коморбідної патології. При остеохондрозі та спондилоартрозі в якості етіологічного та патогенетичного лікування використовується розвантаження сегментів, тракційне лікування, терапевтичні вправи в тракційно-тренуючому режимі, раціональне працевлаштування. При лігаментозах як патогенетичну терапію застосовують протизапальні засоби, при необхідності можуть бути використані також стероїдні гормони та цитостатики. В період стихання загострення призначається ЛФК у мобілізуючому режимі з метою профілактики анкілозів, а згодом - у тренуючому режимі. При остеопорозі необхідно лікувати всі виявлені причини, які призводять до порушень мінерального обміну, а в якості патогенетичного лікування проводиться розвантаження сегментів, призначається тракційне лікування, терапевтичні вправи в тракційно-тренуючому режимі, раціональне працевлаштування. При спондильозі необхідно виключити надмірні за амплітудою рухи, провести протизапальну терапію з метою профілактики осифікацій.
8. Вибір правильної тактики лікування вертебрологічних хворих базується на диференційованій та індивідуалізованій вертебротерапії. Щоб лікування патології хребта було ефективним та безпечним слід враховувати: нозологічну форму, етіологію та патогенез захворювання; стадію, фазу та ступінь важкості захворювання; травмуючі елементи, які виникли у сегментах внаслідок захворювання; які сегментарні та судинні нервові структури травмуються; наявність вертеброгенних захворювань, які виникли внаслідок патології хребта, супутньої патології інших органів і систем.
9. Мануальна терапія, лікувальна фізкультура (спортивне обладнання), гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації (20 мл. 0,25-0,5 % розчин новокаїну або іншого анестетику (лідокаїн, ультракаїн) і 0,25-0,5 мл. 2,5 % суспензії гідрокортизонуацетату.
10. Вертеброгенні патології органів і систем.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи.
14. Центр медичної реабілітації та спортивної медицини.
15. Колісник П.Ф. (0508374001), Колісник С.П. (0972075650).

Реєстр. № 130/6/19 1.

ЕНДОПРОТЕЗ П'ЯСНО-ФАЛАНГОВОГО СУГЛОБА.

2. НДР «Тактика медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих і інвалідів з наслідками черепно-мозкової та скелетної травми», 0118U004499, 2018-2020 рр.
3. Травматологія та ортопедія.
4. 3,D.

5. Патент України на корисну модель № 134543. МПК A61F 2/00, A61F 2/02, A61F 2/28, A61F 2/30, A61F 2/42, A61F 2/58. Ендопротез п'ясно-фалангового суглоба / Маметьєв А.О., Науменко Л.Ю., Погрібний О.В., Єрмолаєв Д.С. - № u201812172, заявл. 10.12.2018; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Ендопротез п'ясно-фалангового суглоба включає стрижні заданого профілю, елементи п'ясно-фалангового зчленування вироблені та розташовані на торцях стрижнів з опорними випуклою для п'ясного компонента та увігнутою для фалангового компонента поверхнями з ладанним кутом нахилу, які формують між собою ковзне сполучення. Новизна полягає у наданні стрижням криволінійного пірамідального профілю, з нахилами поздовжніх осей убік долоні на 28-30°, їх дистальним кінцям - радіусів закруглення 1,0-1,5 мм. Елементи п'ясно-фалангового зчленування виготовлені у вигляді мищелка, з нахилами опорних поверхонь п'ясного та фалангового елементів до осі на 15° і 28°, відповідно. Поверхні стрижнів піддані абразивній обробці та вкриті разом із елементами п'ясно-фалангового зчленування шаром нітриду титану.
8. Пропонований ендопротез є більш анатомічним у порівнянні з існуючими, дозволяє відновити рухливість та позбавити пацієнта больових відчуттів у ділянці ураженого суглоба, імплантація ендопротеза дозволить відновити функцію кисті, що призведе до відновлення можливості до самообслуговування та роботи.
9. Наявність розмірного ряду ендопротезів, загальнохірургічного та спеціального інструментарію для імплантації ендопротеза, стерильні умови операційної, лікар ортопед-травматолог, який володіє методикою імплантації, можливості стерилізації імплантатів та інструментарію, місцеві анестетики, препарати для наркозу, лікар анестезіолог, перев'язувальний та шовний матеріал.
10. Тяжкі ураження п'яно-фалангових суглобів внаслідок артрозу чи ревматоїдного артриту, які призводять до знерухомлення або різкого обмеження рухів у відповідних суглобах у функціонально невигідному положенні.
11. Загальні та місцеві протипоказання до оперативного втручання на кисті.
12. Післяопераційна кровотеча - потреба в ретельному гемостазі під час операції. Гнійне запалення в місці операції - обстеження пацієнта перед операцією, додержання правил асептики і антисептики під час її виконання. Післяопераційна контрактура - проведення програми реабілітації після операції.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Науменко Л.Ю., Маметьєв А.О. (0951698246), Погрібний О.В., Єрмолаєв Д.С., Зуб ТО.

Реєстр. № 131/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЙНОЇ ОСТЕОТОМІЇ ЛАТЕРАЛЬНОЇ КІСТОЧКИ ГОМІЛКИ.

2. НДР «Система відновного лікування та реабілітації пацієнтів з наслідками уражень гомілково-стопного суглоба», 0115U000697, 2015-2018 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131395. МПК A61B 17/56 (2006.01). Спосіб корекційної остеотомії латеральної кісточки гомілки / Лябах А.П., Бур'янов О.А., Омельченко Т.М., Турчин О.А., Лазаренко Г.М., Кваша В.П.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201808181; заявл. 24.07.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1. Патент України на

корисну модель № 131977. МПК A61B 17/56 (2006.01). Пластина для остеосинтезу при корекційній остеотомії латеральної кісточки гомілки / Лябах А.П., Бур'янов О.А., Омельченко Т.М., Турчин О.А., Лазаренко Г.М.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201808178; заявл. 24.07.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.

6. Немає.
7. Спосіб корекційної остеотомії латеральної кісточки гомілки полягає у послідовному виконанні ревізії та дебрідменту медіальної зони надп'ятково-гомілкового суглоба, остеотомії латеральної кісточки, кісткової пластики та металоостеосинтезі латеральної кісточки. Особливістю способу, що подається, є виконання поперечної остеотомії латеральної кісточки на рівні надп'ятково-гомілкового суглоба, трьохплощинної корекції остеотомованої кісточки з її низведенням, деротацією, та медіалізацією, застосування кісткового кортикально-спонгіозного аутотрансплантанта та аутоплазми збагаченої тромбоцитами, а також виконання стабільного металоостеосинтеза.
8. При виконанні корекційної остеотомії латеральної кісточки здебільшого застосовують косу остеотомію по лінії невірно консолідованого перелому або надкісточкову остеотомію в нижній третині малогомілкової кістки за типом замка або з поперечною площиною перерізу. При цьому, у випадку надкісточкової остеотомії створюються передумови лише для низведення вкороченої кісточки. Коса ж остеотомія по лінії зрощення дає можливість як усунути вкорочення, так і медіалізувати кісточку. Однак, через наявність рубцевих змін в ушкодженій латеральній зоні, деформації зламаної кісточки, післятравматичних змін, що виникають в зоні дистального міжгомілкового синдесмозу, відновлення анатомії та конгруентності надп'ятково-гомілкового суглоба з усуненням всіх компонентів деформації в фронтальній, горизонтальній та сагітальній площинах неможливо, а хірургічна процедура складна, травматична і важко контрольована. Виконання корекційної остеотомії за розробленою та впровадженою нами методикою дає можливість контрольовано змінювати положення латеральної кісточки в трьох площинах. Відсутність необхідності втручання в зоні перелому, а також збереження окістя та латеральної групи зв'язок надп'ятково-гомілкового суглоба зменшує порушення кровопостачання та оптимізує процес відновлення функції пошкодженого суглоба.
9. Ортопедо-травматологічне відділення з відповідним кадровим штатом, спеціалізована операційна і хірургічний інструментарій.
10. Розроблений спосіб лікування може бути використаний в травматології та ортопедії при лікуванні пацієнтів з наслідками пошкоджень надп'ятково-гомілкового суглоба, що характеризуються хибно консолідованими переломами латеральної кісточки, порушенням біомеханічної осі суглоба (вальгусною його деформацією) без виражених деструктивно-дистрофічних змін з боку суглобового хряща.
11. Виражені після травматичні деструктивно-дегенгеративні зміни в суглобі, термінальні стадії (III-IV) післятравматичного остеоартрозу надп'ятково- гомілкового суглоба.
12. Хірургічні ускладнення.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра травматології та ортопедії, тел. (044) 486-51-26.
14. ДУ «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України». 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27.
15. Бур'янов О.А., Лябах А.П., Омельченко Т.М. (0679450363).

Реєстр. № 132/6/19

1. СПОСІБ РЕЗЕКЦІЙНОГО АРТРОДЕЗУ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯМ МЕДІАЛЬНОЇ КІСТОЧКИ.
2. НДР «Система відновного лікування та реабілітації пацієнтів з наслідками уражень гомілково-стопного суглоба», 0115U000697, 2015-2018 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131396. МПК А61В 17/56 (2006.01). Спосіб резекційного артродезу гомілковостопного суглоба із збереженням медіальної кісточки / Лябах А.П., Бур'янов О.А., Омельченко Т.М., Турчин О.А., Пятковський В.М., Кваша В.П.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201808183; заявл. 24.07.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1. Патент України на корисну модель № 131976. МПК А61В 17/56 (2006.01). Пристрій-навігатор для проведення гвинтів та стрижнів при артродезуванні гомілковостопного суглоба / Бур'янов О.А., Лябах А.П., Омельченко Т.М., Турчин О.А., Соболевський Ю.Л.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201808176; заявл. 24.07.2018; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб резекційного артродеза гомілковостопного суглоба із збереженням медіальної кісточки включає резекцію нижньої третини малогомілкової кістки, інтраопераційну розмітку, резекцію суглобових поверхонь таранної та великогомілкової кісток. Резекцію суглобових поверхонь таранної і великогомілкової кісток виконують в горизонтальній площині, медіальну кісточку залишають як додаткову опору для таранної кістки. Стопу встановлюють відносно вісі великогомілкової кістки під кутом 90° у сагітальній площині, під кутом 0-5° на вальгус у фронтальній площині, з кутом 5° зовнішньої ротації, додатково стопу зміщують до заду на 10-15% сагітального розміру таранної кістки.
8. Найближчим аналогом до способу артродезу гомілковостопного суглоба (ГС) що розроблений та впроваджений нами, є спосіб Marcus R.E. et al., 1983, взятий нами за прототип. Даний спосіб передбачає латеральний та медіальний доступ до суглоба, резекцією медіальної кісточки та нижньої третини малогомілкової кістки і шеврон- резекцією суглобових поверхонь кісток гомілковостопного суглоба. В подальшому кістки фіксуються метало фіксаторами, при цьому медіальна кісточка низводиться і окремо фіксується гвинтами до великогомілкової та надп'яткової кісток. Недоліком цього способу є те, що при шеврон-резекції складно надати стопі біомеханічно вигідного положення відносно осі гомілки у всіх площинах з необхідним вальгусним та ротаційним компонентами. Крім того, потрібно окремо фіксувати низведену медіальну кісточку, що в свою чергу призводить до подовження часу операції, збільшенню наявних металоконструкцій, вищому ризику гнійно-некротичних ускладнень. Перевага розробленого способу артродезу гомілковостопного суглоба полягає в тому, що резекція суглобових поверхонь великогомілкової та таранної кісток виконується у горизонтальній площині, що спрощує встановлення стопи у функціонально та біомеханічно вигідне положення. Крім того, методика забезпечує створення оптимальних умов для настання кісткового анкілозу у функціонально вигідному положенні, зменшення енерговитрат при ходьбі, зменшення навантаження на суміжні суглоби стопи та попередження розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у них, що в цілому покращує опороздатність ураженої кінцівки, її функціональну здатність та якість життя пацієнтів. Досягнення вищеперерахованих ефектів стає можливим завдяки тому, що розроблений спосіб включає резекцію нижньої третини малогомілкової кістки, інтраопераційну розмітку та резекцію суглобових поверхонь таранної і великогомілкової кісток суворо в горизонтальній площині із збереженням

медіальної кісточки, як додаткової опори для таранної кістки. При цьому, стопу встановлюють відносно вісі великогомілкової кістки під кутом 90° у сагітальній площині, під кутом 0-5° на вальгус у фронтальній площині, з кутом 5° зовнішньої ротації, додатково стопу зміщують до заду на 10-15% сагітального розміру таранної кістки. Оскільки медіальну кісточку великогомілкової кістки не резектують, а видаляють лише суглобовий хрящ, вона створює додаткову опору та площу контакту для анкілозування. Після встановлення стопи у вказаному положенні, виконують стабільну фіксацію кісток з застосуванням внутрішніх або зовнішніх фіксаторів. Хірургічна техніка проста та зручна у використанні для практичних хірургів.

9. Ортопедо-травматологічне відділення з відповідним кадровим штатом, спеціалізована операційна і хірургічний інструментарій.
10. Розроблений спосіб лікування може бути використаний в травматології та ортопедії при лікуванні пацієнтів з наслідками пошкоджень надп'ятково-гомілкового суглоба, що характеризуються вираженими деструктивно-дистрофічними зміна з боку ураженого суглоба, наявністю осьових деформацій на рівні суглоба, термінальними стадіями (III-IV) остеоартрозу надп'ятково-гомілкового суглоба.
11. Загально хірургічні протипоказання.
12. Хірургічні ускладнення.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра травматології та ортопедії, тел. (044) 486-51-26.
14. ДУ «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України». 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27.
15. Бур'янов О.А., Лябах А.П., Омельченко Т.М. (0679450363).

Реєстр. № 133/6/19 1. СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ПЛАНУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ.

2. НДР «Заміщення кісткових дефектів в системі лікуванні хворих на захворювання та новоутворення кісток», 0117U002674, 2017-2020 рр.
3. Ортопедія і травматологія, онкохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 133354. МПК A61B 34/10, G09B 23/28, A61B 17/00. Спосіб передопераційного планування хірургічного лікування захворювань / Бурбурська С.В., Галузинський О.А., Чорний В.С. - № u201900620; заявл. 22.01.2019; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Застосований спосіб передопераційного планування хірургічного лікування захворювань, шляхом проведення діагностики, отримання візуальних характеристик анатомічної структури, комп'ютерну обробку візуальних характеристик анатомічної структури, побудову цифрової тривимірної моделі анатомічної структури, виготовлення на основі цифрової тривимірної моделі анатомічної структури індивідуального макет-прототипу анатомічної структури дійсних розмірів, проведення передопераційного планування з використанням індивідуального макет- прототипу анатомічної структури дійсних розмірів.
8. Дає можливість визначити оптимально ефективну тактику хірургічного втручання, допоможе при підборі чи індивідуальному виготовленні імплантату, вдається швидко відновити функцію та опороздатність ураженої кістки на тривалий термін, а також уникнути, післяопераційних ускладнень та рецидивів, покращити інтеграцію з кісткою та виживаність імплантату.

9. Ортопедичне відділення, онкологічне відділення, стоматологія, щелепно-лицьова хірургія, нейрохірургія. Необхідне технічне обладнання: персональний комп'ютер, 3D принтер.
10. Корисна модель відноситься до галузі ортопедії-травматології, онкохіругії, ортопедичної стоматології, нейрохірургії, де може бути використана для передопераційного планування хірургічного лікування при травмах, захворюваннях або новоутвореннях кісткової тканини, та їх наслідках, які супроводжуються утворенням дефекту сполучної тканини, а також інших анатомічних біологічних об'єктів.
11. Немає.
12. Хірургічні ускладнення.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Бурбурська С.В. (0661602474), Галузинський О.А. (0989814929), Чорний В.С. (0962555244).

Реєстр. № 134/6/19 1.
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ.

2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування кардіоваскулярних порушень у хворих на цукровий діабет 2 типу в умовах поєднаної патології», 0118U000950, 2018-2020 рр.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 114214. МПК A61N 5/00, A61N 5/08, A61N 2/00. Спосіб лікування остеоартрозу / Журавльова Л.В., Федоров В.О., Коробов А.М., Александрова Н.К., Коробов В.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № a201502730; заявл. 26.03.2015; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Спосіб лікування остеоартрозу, який включає призначення фізичних методів в комплексних лікувальних заходах, і відрізняється тим, що на область на уражених суглобів діють синім та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням на протязі 30 хвилин, під контролем біохімічних показників сироватки крові, курсом до їх нормалізації. The method of treatment of osteoarthritis, which includes the appointment of physical methods in complex therapeutic measures. The affected joints act blue and infrared light together with magnetic irradiation for 30 minutes under the control of biochemical parameters of blood serum. The course of procedures continues until the normalization of blood biochemical parameters.
7. Спосіб лікування остеоартрозу, який включає призначення фізичних методів у комплексних лікувальних заходах, який відрізняється тим, що на область ураження діють червоним та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням при хронічному процесі, синім та інфрачервоним світлом спільно з магнітним опроміненням - при загостреннях, при цьому і при хронічному процесі, і при його загостренні в обох режимах світлом та опроміненням діють послідовно на праву і ліву тильні поверхні кистей, праву і ліву долоні, праву і ліву променезап'ясткові зони, праву і ліву кубіт альні вени, верхні поверхні стоп, проекцію вилочкової залози, печінки і селезінки з тривалістю дії по 3-5 хвилин на кожну зону, затим зазначеними режимами діють на уражені суглоби в перебігу 30 хвилин під контролем біохімічних показників сироватки крові, курсом до їх нормалізації.
8. Медичні - зниження прогресування остеоартрозу. Соціальні - покращення якості життя у хворих на остеоартроз. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 24,0 грн. на лікування 1 хворого на остеоартроз за рахунок зниження ліжко-

днів на 10,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення - 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 26400 грн. на рік.

9. Фотонна матриця «Барва-Флекс», магнітна матриця «Барва-Флекс/Маг», реактиви для визначення рівня серомукоїдів, сіалових кислот і С-реактивного білка, пробірки- епіндорф, лікар-лаборант.
10. Остеоартроз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Журавльова Л.В., Федоров В.О. (0996754521), Олійник М.О.

Реєстр. № 135/6/19

1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ
2. НДР «Оптимізація лікування запальних інфекційних захворювань опорно-рухового апарату», 0118U000924, 2017-2019 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 115503. МПК G09B 23/28, G09B 25/00. Спосіб моделювання туберкульозного спондиліту / Веснін В.В., Голка Г.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201607686; заявл. 12.07.2016; опубл. 10.04.2017. Бюл. № 21.
6. Спосіб моделювання туберкульозного спондиліту, який включає місцеве кістково-суглобове введення тварині культури мікобактерій туберкульозу. A method for modeling tuberculous spondylitis, which includes local bone and articular administration of animal cultures of mycobacterium tuberculosis.
7. Спосіб моделювання туберкульозного спондиліту, який включає місцеве кістково-суглобове введення тварині культури мікобактерій туберкульозу, який відрізняється тим, що тварину знерухомлюють та в положенні на правому чи лівому боці шкіру в області проекції поперекового відділу хребта вище крила клубової кістки вивільняють від шерсті та обробляють розчином йоду, операційне поле відокремлюють стерильними салфетками, виконують пошаровий зовнішньочеревний доступ до передньобокової поверхні тіл хребців сегментів L2-L4 шляхом розшарування м’язів передньої черевної стінки і відтискання парієтального листка очеревини разом з вмістом черевної порожнини в медіальний бік, після виділення передньобокової поверхні тіл хребців візуалізують сегментарні вени та артерії, останні беруть на тримачі з двох боків, перев’язують та пересікають, потім в тіло хребця під візуальним контролем за допомогою шприца вводять культуру мікобактерій туберкульозу 0,3 мл зависі M. bovis штам Valle, післяопераційну рану пошарово ушивають з наступним динамічним клініко-рентгенологічним контролем терміном до появи рентгенологічних ознак туберкульозного спондиліту з можливістю оцінки особливостей кожного етапу процесу.
8. Медичні - моделювання ситуацій, що допомагає в експерименті вивчити особливості перебігу захворювання та передбачити характер і властивості можливого лікування. Соціальні - покращення якості життя хворих на туберкульозний спондиліт. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування.
9. Розчин ксилазину, розчин йоду, стерильні салфетки, тримачі, голка, культура мікобактерій туберкульозу M. bovis штам Valle, рентгенологічний апарат.
10. Туберкульозний спондиліт.
11. Немає.

12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Голка Г.Г., Веснін В.В. (0962723847), Олійник А.О.

Реєстр. № 136/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОСТЕОПОРОЗУ 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 винахід 118636. МПК C12Q 1/6827, C12Q 1/686. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопорозу при коморбідному перебігу хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії / В'юн Т.І., Пасієшвілі Л.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201801604; заявл. 05.03.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопорозу, який включає вивчення впливу поліморфізму гена рецепторів вітаміну D, де у хворих з коморбідним перебігом хронічногопанкреатиту таартеріальноїгіпертензіїметодом полімеразно ланцюгової реакції визначають генотипи гена рецепторів вітаміну D та при виявленні генотипу BB прогнозують ризик розвитку остеопоротичних станів. 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, determines genotypes of the vitamin D гесерШг gene and, when the genotype BB is deterted, predict the risk of developing osteoporotic conditions.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку остеопорозу, який включає вивчення впливу поліморфізму гена рецепторів вітаміну D хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії методом полімеразної ланцюгової реакції, за допомогою якого визначають генотипи гена рецепторів вітаміну D та при виявленні генотипуBB прогнозують ризик розвитку остеопоротичних станів.
8. Медичні - зниження ризику прогресування остеопорозу у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту та артеріальної гіпертензії. Соціальні - підвищення якості життя хворих. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування за рахунок скорочення перебування хворого в стаціонарі.
9. Набори фірми «Літех» (Росія) для ампліфікації в режимі реального часу з використанням флюоресцентних міток на шестиканальному аналізаторі Rotor- Gene™ 6000 («Corbett Research», Australia).
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.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Реєстр. № 137/6/19

1. СПОСІБ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ВІДКРИТИМИ ТА ЗАКРИТИМИ, ПРОНИКАЮЧИМИ ФРОНТО- БАЗАЛЬНИМИ ТРАВМАМИ З ЛІКВОРЕЄЮ ТА БЕЗ.
2. НДР «Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічних неспецифічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха, склероми і травм ЛОР-органів у мирний і воєнний час», 0115U007096.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 98573. МПК A61B 17/00, A61L 27/12 (2006.01). Спосіб надання первинної хірургічної допомоги хворим із відкритими та закритими, проникаючими фронто-базальними травмами з ліквореєю та без / Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Шинкарук О.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. - № а201104405; заявл. 11.04.2011; опубл. 25.05.2012. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Даний спосіб полягає у виповненні лобних пазух, посттрепанаційних порожнин біокомпозитом «Синтекість», змішаним з кров'ю пацієнта та антибіотиком. Слід зазначити, що препарат «Синтекість» - це група біоактивних неорганічних синтетичних композиційних матеріалів, близьких по складу до мінералу природної кістки, що мають низку переваг, а саме: даний біокомпозит має мінімальні антигенні властивості, володіє бактерицидною дією, стимулює репаративні процеси, може випускатися у вигляді порошків, гранул різного розміру, пористих і щільних блоків, які готують за моделями кісткових дефектів.
8. На відміну від інших методів, що, в основному, передбачають виповнення кісткових порожнин без додавання антибіотика та крові пацієнта в препарат «Синтекість», що пришвидшує репаративні властивості та приживання олотрансплантата.
9. Біокомпозит «Синтекість», кров пацієнта, антибіотик.
10. Проникаючі травми фронтоорбітальної локалізації
11. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату «Синтекість», та антибіотика.
12. Відторгнення трансплантату.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 55-39-10, 55-37-48; факс (0432) 67-01-91.
14. Немає.
15. Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Шинкарук О.В.

Реєстр. № 138/6/19

1. СПОСІБ ФІКСАЦІЇ КІСТКОВИХ УЛАМКІВ ПРИ НАДАННІ ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПРОНИКАЮЧИМИ ТРАВМАМИ ФРОНТООРБІТАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.
2. НДР «Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічних неспецифічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха, склероми і травм ЛОР-органів у мирний і воєнний час», 0115U007096.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.

5. Патент України на винахід № 119128. МПК A61B 17/58 (2006.01), A61L 27/10 (2006.1) , A61L 27/12 (2006.01), A61L 27/58 (2006.01), A61K 33/06 (2006.01), A61P 3/14 (2006.01). Спосіб фіксації кісткових уламків при наданні первинної хірургічної допомоги хворим із проникаючими травмами фронтоорбітальної локалізації / Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Грицун Я.П.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № a201806988; заявл. 21.06.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб фіксації кісткових уламків при наданні первинної хірургічної допомоги хворим із проникаючими травмами фронтоорбітальної локалізації, що передбачає вкладання уламків лицьової стінки лобної пазухи на біокомпозит «Синтекість» та відтворення анатомічної форми лоба, який відрізняється тим, що уламки по краях фіксують металевими пластинками і болтами в післяопераційному періоді хворому протягом місяця призначають осеїн-гідроксіапатит.
8. На відміну від інших методів, що, в основному, передбачають вкладання кісткових уламків на біокомпозити без наступної їх фіксації та відсутність вживання в післяопераційному періоді препаратів, що покращують остеогенез, даний спосіб підвищує ефективність закріплення уламків за допомогою пластин та гвинтів та передбачає вживання пацієнтами у післяопераційному періоді препаратів що покращують остеогенез, наприклад, запропонований, осеїн-гідроксиапатит.
9. Біокомпозит «Синтекість», кров пацієнта, антибіотик, аутокістка.
10. Проникаючі травми фронтоорбітальної локалізації.
11. Індивідуальна непереносимість компонентів препарату «Синтекість».
12. Відторгнення трансплантату.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 55-39-10, 55-37-48, факс (0432) 67-01-91.
14. Немає.
15. Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Грицун Я.П.

Реєстр. № 139/6/19 1.

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФОРМИ СКЛЕРОМИ.

2. НДР «Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічних неспецифічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха, склероми і травм ЛОР-органів у мирний і воєнний час», 0115U007096.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 129870. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики форми склероми / Грицун Я.П., Кіщук В.В.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № u201806999; заявл. 21.06.2018; опубл. 12.11.2018. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики форми склероми, який полягає в тому, що у хворого на склерому визначають стан про- та антиоксидантної системи та активність вільнорадикального окиснення ліпідів та протеїнів.
8. Корисна модель може бути використана для вивчення біохімічних механізмів пошкодження клітин за умов склероми та схожої за патогенезом розвитку запальної патології верхніх дихальних шляхів. Відомий спосіб діагностики форми склероми шляхом застосування клінічного методу діагностики, який полягає у виявленні клінічних ознак захворювання: наявність інфільтратів-гранульом - при інфільтративній формі, рубцевої тканини на місцях колишніх інфільтратів - при рубцевої формі, атрофії слизової оболонки верхніх дихальних шляхів - при

атрофічній формі склероми. Однак даний спосіб не завжди є ефективний, оскільки у частини хворих спостерігається змішана форма склероми, коли в різних відділах дихальних шляхів можуть бути виявлені всі три типи склеромних змін тканин і в різних поєднаннях. Враховуючи, що у одного й того ж хворого можна спостерігати поєднання цих процесів, тому ряд авторів пропонують виділяти переважно інфільтративну, переважну рубцеву та переважно атрофічну форми склероми. Така класифікація має практичну значимість, але її головним недоліком є неможливість чіткого визначення ступеню ураження, відсутність чітких критеріїв для верифікації тої чи іншої форми захворювання та, відповідно, спрямованості майбутнього терапевтичного впливу. В основу корисної моделі «Спосіб діагностики форми склероми» поставлене завдання диференціальної діагностики форми захворювання шляхом визначення стану про- та антиоксидантної системи та активності вільнорадикального окиснення ліпідів та протеїнів.

9. Кров пацієнта, набір реагентів для визначення ксантиноксидази, супероксиддисмутази, малонового діальдегіду, а також карбонільні групи протеїнів.
10. Хворі на склерому.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, тел. (0432) 55-39-10, 55-37-48; факс (0432) 67-01-91.
14. Немає.
15. Кіщук В.В., Грицун Я.П.

Реєстр. № 140/6/19 1. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ВАРІАНТУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ.

2. НДР «Розробка нових методів діагностики та лікування захворювань верхніх дихальних шляхів і вуха», 0118U006634, 2019-2022 рр.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118086. МПК:(2017.01) G01N 33/531, A61B 17/00. Спосіб вибору хірургічного доступу при лікуванні захворювань верхньощелепної пазухи, переважно плоскоклітинного раку верхньощелепної пазухи / Ковтуненко О.В., Бакаєв А.А., Тимчук С.М. - № u201700020; заявл. 03.01.2017; опубл. 25.07.2017. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб способі вибору хірургічного доступу при лікуванні захворювань верхньощелепної пазухи, переважно плоскоклітинного раку верхньощелепної пазухи, проведеному на 103 пацієнтах, включає: передопераційне комп'ютерне томографічне дослідження та вибір хірургічного доступу під ендоскопічним контролем. На передопераційному клінічного дослідження та/або операції, здійснюють біопсію тканин на ділянці ураження, мікроскопію зразків, виявляють проліферативну активність клітин, стан пухлинного ґенезу, можливість розвитку HMW-форми раку, ступінь метастазування пухлин і визначають характер агресії пухлини. Під час операційного доступу шляхом ендоскопії візуалізують наявність кровоточивості при торканні, неоднорідність, нерівність контурів, відсутність чітких меж з навколишніми тканинами, наявність пухлиноподібного утворення, його розповсюдження за межі локалізації, деструкцію, взаємовідношення з навколишніми анатомічними структурами порожнини носу, варіанти зсувів, деформації, руйнування, наявність обтурації, інфільтрації тканин і компресії сусідніх анатомічних утворень. На доопераційному етапі здійснюють КТ і

МРТ діагностику, встановлюючи злоякісність пухлини за неоднорідністю, нерівністю, відсутністю чітких меж пухлини з навколишніми тканинами, щільністю тіні, в межах 14-72 HU, її розповсюдженням за ділянку локалізації та взаємовідношенням з кістковими утвореннями, визначають варіанти зсувів, деформації та руйнування, тіньове вогнище патології поблизу основної тіні, зміни тіні навколишніх структур як відбиття вторинної патології, наявність ознак обтурації органа, інфільтрації тканин, компресії сусідніх анатомічних утворень, межі пухлини, її розповсюдження на сусідні анатомічні структури.

8. Медичні. При використанні запропонованого методу у хворих на рак верхньощелепної пазухи стало можливим зниження травматизації в порівнянні з класичними хірургічними методами на 31,2%, та підвищення виживаності на 18,1% за рахунок покращання хірургічної абластики при сучасних ендоскопічних методах. Соціальні. Зниження травматизаціїв порівня іммуногістохімічних та топічних методів діагностики), що призведе до скорочення перебування пацієнта в лікарні.
9. Спосіб реалізується лікарем отоларингологом онкологом з застосуванням наведених методів.
10. Злоякісні новоутворення верхньощелепної пазухи.
11. Загальні онкологічні.
12. Можливо згідно з переліком при хірургічному лікуванні пухлин голови та шиї.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
14. КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».
15. Ковтуненко О.В. (0675641297), Бакаєв А.А. (0973896263).

Реєстр. № 141/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ГОРТАНІ.

2. НДР «Розробка нових методів діагностики та лікування захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха», 0118U006634, 2019-2022 рр.
3. Оториноларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 111478. МПК A61B 10/02, G01N 33/48, G01N 33/53. Спосіб прогнозування метастазів плоскоклітинного раку гортані / Ковтуненко О.В., Шпонька І.С., Шпортько Б.В., Тимчук С.М., Пославська О.В. - № u201605077; заявл. 10.05.2016; опубл. 10.11.2016. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором включає Під час лариноскопії виконують біопсію тканини. Узяті ділянки пухлин фіксують у нейтральному забуференому 10 % формаліні та заливають парафіном. Після підготовки, виготовлення та рутинного забарвлення гістологічного препарату за допомогою гематоксилін-еозину, зрізи піддають послідовному імуногістохімічному дослідженню, з використанням моноклонального антитіла Ki-67, аналогічно з прототипом, додатково ми проводимо визначення васкуляризації за допомогою імуногістохімічної реакції з моноклональними антитілами VEGF (клон VG1), CD34 (клон QBEnd 10).Під час імуногістохімічного дослідження спостерігають реакцію 1000 сусідніх пухлинних клітин на використовувані маркери при 200^{x} мікроскопічному збільшенні мікроскопа. За реакцією на Ki-67 менше чи більше 30% досліджуваних клітин визначають низьку або високу проліферативну активність

досліджуваних клітин, відповідно. При високій проліферативній активності прогнозують ріст пухлинного генезису. За реакцією на маркер VEGF, визначають низький статус пухлини забарвлення від 1 до 25% клітин, або середній 25-50% забарвлених клітин та високий >50% забарвлених клітин, що визначає їх високу здатність до прояву рецидивів раннього регіонарного метастазування, і прогнозують онкогенез сприятливого або несприятливого імунофенотипу, відповідно. За реакцією CD34, інтенсивність забарвлення при <54/мм^2 щільність мікросудин вважали низькою, а при >54/мм^2 високою та високу або низьку вірогідність метастазування, відповідно.

8. Медичні. Застосовані приймання розширюють уявлення про молекулярні властивості плоскоклітинних раків гортані. Шляхом дослідження молекулярних властивостей пухлин та інтерпретації імуногістохімічних реакцій досягають покращення об'єктивності і розширення меж переважного використання способу- прототипу, досліджуючи показники васкуляризації щонайменше. Соціальні. Визначення на передопераційному етапі морфологічних та імуногістохімічних особливостей плоскоклітинного раку гортані дозволяє оптимізувати хірургічне втручання на лімфатичних вузлах шиї та зменшити травматичність, підвищити якість життя пацієнтів в післяопераціному періоді. Економічні. Зменшення невиправданих матеріальних затрат на додаткове хірургічне втручання на лімфатичних вузлах шиї та необхідність післяопераційного опромінення. Скорочення термінів перебування хворого у стаціонарі
9. Спосіб реалізується лікарем отоларингологом з застосуванням гортанної кюретки для забору біопсійного матеріалу та патоморфологом з застосуванням мікротому, мікроскопу та моноклональних антитіл Ki-67, CD 34, VEGF.
10. Наявність метастазів плоскоклітинного раку гортані.
11. Загальні онкологічні.
12. Помилкою при використанні способу може бути його використання при інших новоутвореннях гортані.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
14. КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».
15. Шпортько Б.В. (0505920776), Ковтуненко О.В., Шпонька І.С., Пославська О.В.

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

Реєстр. № 142/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУ ПРОГРЕСУВАННЯ НАБУТОЇ МІОПІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.
2. НДР «Розробка та удосконалення шляхів корекції морфологічних та функціональних змін органа зору при катаракті, глаукомі та очних ускладненнях цукрового діабету», 0113U005087, 2013-2018 рр.
3. Офтальмологія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 122229. МПК A61B 3/00 (2017.01). Спосіб прогнозу прогресування набутої міопії у дітей шкільного віку / Цибульська Т.Є., Завгородня Н.Г., Пашкова О.Є.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201707569; заявл. 17.07.2017; опубл. 26.12.2017. Бюл. № 24.
6. Немає.

7. Спосіб прогнозу прогресування міопії, що включає визначення міопічної рефракції, передньо-заднього розміру ока, який відрізняється тим, що додатково визначають анамнестичні дані, функціональні, біометричні показники стану зорового аналізатора, а також фенотипічні ознаки синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини, та в кожному факторі ризику індивідуально виділяють прогностичні коефіцієнти з подальшим розрахунком ризику прогресування набутої міопії шляхом підсумовування балів за визначеними показникам, та діагностуванням слабкої, середньої або високої вірогідності прогресування міопії.
8. Підвищення ефективності прогнозування прогресування міопії.
9. Автокераторефрактометр, оптичний когерентний томограф заднього відрізку ока, аналізатор біомеханічних властивостей рогівки.
10. Прогнозування прогресування міопії у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра офтальмології, тел. (0612) 13-1666.
14. Немає.
15. Цибульська Т.Є. (0677637365), Завгородня Н.Г., Пашкова О.Є.

Реєстр. № 143/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СІТКІВКИ.

2. НДР «Оптимізація діагностики, лікування та моніторування захворювань органу зору за допомогою оптичної когерентної томографії та ангіографії».
3. Офтальмологія.
4. 3,D.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 136853. МПК (2019.01) A61B 3/00, A6^ 9/00. Спосіб діагностики патологічних змін сітківки / Луценко Н.С., Кирилова Т.С., Рудичева О.А., Ісакова О.А.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201902598; заявл. 18.03.2019; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Після інстиляції мідриатиків та достатнього мідріазу виконують сканування певної площі ділянки сітківки за допомогою оптичного когерентного томографа- ангіографа, двомірне цифрове зображення передають на комп'ютер, визначають кількість пікселів на всій площі цього зображення, після чого виділяють ділянку сітківки, яка досліджується, визначають кількість пікселів на ній та за співвідношенням кількості пікселів у виділеній зоні помноженої на загальну площу ангіографічного скана до загальної кількості пікселів усього зображення визначають площу ділянки дослідження.
8. Клінічна ефективність: удосконалення способу діагностики патологічних змін сітківки за рахунок використання оптичної когерентної томографії - ангіографії шляхом визначення площі анатомічних орієнтирів або патологічних вогнищ у структурах сітківки, зокрема у глибокому сплетенні сітківки, що забезпечує підвищення точності визначення морфометричних показників. Соціальна ефективність: підвищення якості діагностики захворювань сітківки та контролю перебігу захворювання. Економічна ефективність: зменщення кількості випадків пізньої діагностики захорювань сітківки.
9. Оптичний когерентний томограф.
10. Хворі з патологією сітківки.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.

13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра очних хвороб. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 236-72-01.
14. Немає.
15. Луценко Н.С., Кирилова Т.С. (0981072427), Рудичева О.А., Ісакова О.А.

Реєстр. № 144/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

2. НДР «Роль гормонально-метаболічних предикторів у формуванні та розвитку діабетичної ретинопатії», 0119U001420.
3. Ендокринологія, офтальмологія.
4. 2+,В.
5. Патент України на корисну модель № 120420. МПК A61B 3/00, G01N 33/50 (2006.1) . Спосіб оцінки ризику прогресування діабетичної ретинопатії у хворих із цукровим діабетом 2 типу / Кирилюк М.Л., Іщенко В.А., Крушинська З.Г. - № u201706025; заявл. 15.06.2017; опубл. опубл.25.10.2017. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. На даний час цукровий діабет (ЦД) розглядається як епідемія, оскільки очікується, що до 2040 року кількість хворих на ЦД зросте до 642 мільйонів. Зараз в світі кожна 11 доросла людина хворіє на діабет. Очікується, що захворюваність на діабетичну ретинопатію (ДР) виросте до такого рівня, що близько 4-х млн. людей в усьому світі втратять зір від ДР. Показано, що виникнення непроліферативної стадії ДР характеризується зростанням питомої ваги хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) і дисліпідемією. Перехід до препроліферативну стадію ДР асоціюється з подальшим збільшенням відносної частоти дисліпідемії в порівнянні з 1-й стадією. Розвиток проліферативної стадії ДР відбувається на тлі підвищення відносної частоти АГ у порівнянні з 2-ою стадією на тлі ожиріння, дисліпідемії та гіпертригліцеридемії. Тому розробка математичної моделі оцінки кластерів метаболічного синдрому (МС) у розвитку та прогресуванні ДР у хворих на ЦД 2 типу та МС є актуальним завданням охорони здоров'я. В основу способу поставлено задачу вдосконалення методів оцінки ризику прогресування ДР у хворих на ЦД 2 типу за рахунок використання математичного алгоритму, який дозволить за мінімальним набором морфометричних та лабораторних ознак кластерів МС із урахуванням тривалості ЦД від моменту встановлення діагнозу встановити можливість прогресування ДР або відсутність такої загрози. Поставлена задача вирішується тим, що проводять діагностику ЦД, оцінку клінічних ознак МС та ретинопатії за даними об'єктивного, інструментального і лабораторного обстеження та із урахуванням тривалості діабету підраховують т. з. функції класифікації (ФК) та визначають можливість прогресування або стабілізації ДР. На основі дискримінаційного аналізу була створена математична модель визначення можливості ризику прогресування ДР. Прийняття прогностичного рішення відбувається в декілька етапів. На першому етапі у хворих з ЦД 2 типу проводять вимірювання артеріального тиску (САТ, ДАТ), дослідження в крові рівня тригліцеридів (ТГ), глікемії натще (ГлН), постпрандіальної глікемії (ГлПП), холестерину ЛПНП, холестерину ЛПВП, визначають тривалість діабету (ТривЦД2), а також проводять інструментальне обстеження очного дна. Хворому за рекомендаціями ВООЗ встановлюється діагноз ДР. На другому етапі за даними клінічного та лабораторного обстеження підраховуються так звані функції класифікації (ФК) ФК1 і ФК2 за наведеними нижче формулами:

ФК1 = 0,17*САТ + 0,48*ДАТ + 0,52*ГлН + 0,26*ГлПП + 2,71*ТГ + 0,66*ХС- ЛПНЩ + 27,02*ХС-ЛПВЩ - 0,17*ТривЦД2 - 59,28 (1)

ФК2 = 0,16*САТ + 0,46*ДАТ + 0,60*ГлН + 0,16*ГлПП + 2,56*ТГ + 1,73*ХС- ЛПНЩ + 28,68*ХС-ЛПВЩ - 0,28*ТривЦД2 - 62,17 (2)

На третьому етапі порівнюють ФК1 і ФК2 і визначають яка з них більше. Прогностичне рішення приймається як вибір тієї ФК, яка має більше значення. Так, якщо ФК1 більше ФК2, то прогноз - можлива стабілізація патологічного процесу на І або ІІ стадії ДР. Якщо ФК2 більше ФК1, то прогноз - ймовірність прогресування патологічного процесу до ІІ або ІІІ стадії ДР.

8. Впровадження дозволяє визначити можливість прогресування або стабілізації патологічного процесу на кожній стадії ДР у хворих на ЦД 2 типу в залежності від артеріального тиску рівня тригліцеридів, глікемії натще, постпрандіальної глікемії, холестерину ЛПНП, холестерину ЛПВП, тривалості діабету.
9. Лікар-лаборант, біохімічний аналізатор «SAPPHIRE - 400» (Японія), автоматичний біохімічний аналізатор «Olympus AU400» (Весктап Coulter), реагенти OLYMPUS AU 400 (США), реактиви «BIO-RAD» (Франція / США), аналізатор «BIO-RAD D- 10, фундус-камера сЛЛЕ APS-BER.
10. Діабетична ретинопатія.
11. Глаукома, катаракта, крововилив, відшарування сітківки ока, цукровий діабет 1 типу.
12. Дослідження проводиться, якщо індекс маси тіла хворого дорівнює або перевищує 30 кг/м^2.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Кирилюк М.Л. (0442545462), (0442536628), Іщенко В.А. (0563732433).

ПЕДІАТРІЯ Реєстр. № 145/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА.

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 № 136656. МПК (2019.01) G01N 33/50 (2006.01). Спосіб прогнозування розвитку ожиріння в дітей із надлишковою масою тіла / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201902779; заявл. 21.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Розуміння ролі окремих компонентів системи регуляції накопичення та обміну жирової тканини, їх взаємозв’язку, без сумніву, здатне не тільки розширити уявлення про патогенез ожиріння, але і запропонувати нові терапевтичні можливості його корекції та профілактики. В останні роки в літературі широко обговорюються плейотропні ефекти вітаміну D. Існують докази того, що низький рівень вітаміну D може розглядатися як незалежний предиктор формування та прогресування ожиріння.

8. Медична ефективність: покращання методу прогнозування розвитку ожиріння в дітей із надлишковою масою тіла внаслідок застосування валідного та неінвазивного методу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності діагностики, що проявляється у використанні простого та чутливого методу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику шляхом використання точного методу та можливості прогнозу розвитку ожиріння у дітей із надлишковою масою тіла на етапі початкових змін метаболізму.
9. Проводять антропометричні дослідження - визначення маси тіла, зросту, обхвату талії (ОТ), стегон (ОС), їх співвідношення, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ). Кров для лабораторних досліджень отримують зранку, натще, з кубітальної вени у вакутайнери. Оцінюють вуглеводний обмін за концентрацією глюкози, інсуліну в сироватці крові та розраховують індекс HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resista^e) за формулою: HOMA-IR = глюкоза натще (ммоль/л) х інсулін натце (мкЕд/мл) / 22,5. Визначають рівень церулоплазміну та циркулюючого в крові 25 (ОН) D імуноферментним методом.
10. Рівні 25 (ОН) D від 21 до 29 нг/мл вважаються патологічними і виступають предикторами розвитку ожиріння в дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад 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. № 146/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ 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 № 136655. МПК (2019.01) G01N 21/00, G01N 33/48. Спосіб оцінки активності запального процесу у слизовій оболонці гастродуоденальної ділянки при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки в дітей / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201902776; заявл. 21.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Для морфологічної оцінки стану слизової оболонки гастродуоденальної ділянки використовують гістологічні та імуногістохімічні методи. Однак для цього необхідно проводити біопсію, що не завжди є можливим, особливо у дитячому віці. Удосконалено метод оцінки стану слизової оболонки гастродуоденальної ділянки при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки у дітей шляхом визначення епідермального фактору росту (ЕФР) в шлунковому вмісті методом імуноферментного аналізу
8. Медична ефективність: покращання методу оцінки стану слизової оболонки гастродуоденальної ділянки у дітей шляхом застосування валідного та точного методу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності діагностики, що проявляється у використанні простого та

чутливого методу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику шляхом використання простого та точного методу.

9. Забір шлункового соку для проведення імуноферментного аналізу стандартними наборами. Визначається рівень ЕФР на початку захворювання (або загострення) та через 4 тижні.
10. У здорових дітей показник ЕФР коливається в межах 385-485 пг/мл. У дітей із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки при гострій виразці або при загостренні цей показник підвищується у 3 рази і становить 1200-1500 пг/мл, а у фазі ремісії знижується до 800-900 пг/мл.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел.(0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман ТВ. (0372542682), (0506642667).

Реєстр. № 147/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ.

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 № 136663. МПК (2019.01) G01N 33/53 (2006.01). Спосіб оцінки активності запалення слизової оболонки кишечника у дітей, хворих на целіакію / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201902795; заявл. 21.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. В даний час цілий ряд досліджень присвячений зміні процесів регенерації в слизовій оболонці кишечника при целіакії, як одного з найважливіших протективних факторів при даній патології. Від взаємодії його складових - проліферативної активності та апоптозу клітин слизової оболонки кишечника - залежить клініко-морфологічна картина захворювання. Розглядається можливість використання в якості оцінки ступеня активності запалення регулюючі клітинні фактори. Регуляторну та координуючу функцію між клітинами забезпечують різні цитокіни та фактори росту - високоспецифічні білки, присутні в крові в дуже малих концентраціях. До числа подібних факторів відноситься фактор росту фібробластів (ФРФ, Fibroblast Growth Factor, FGF) - потужний модулятор клітинного диференціювання, проліферації і рухливості клітин.
8. Медична ефективність: покращання методу оцінки активності запалення слизової оболонки кишечника у дітей, хворих на целіакію внаслідок застосування валідного та неінвазивного методу. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності діагностики, що проявляється у використанні простого та чутливого методу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на діагностику шляхом використання точного методу. Діагностична цінність методики становить 88 %. Скорочення терміну перебування в стаціонарі на 3 доби.
9. Визначається рівень фактору росту фібробластів (ФРФ, Fibroblast Growth Factor, FGF) на початку захворювання (або загострення) та через 4 тижні.

10. У здорових дітей показник ФРФ коливається в межах 13,5 [11,68-19,5] пг/мл. У дітей із целіакією цей показник підвищується і становить 46,8 [34,5-58,5] пг/мл, а у фазі ремісії знижується до 18,6 [18,8-20,5] пг/мл. При підвищенні рівня ФРФ вище за 20 пг/мл діагностується високий ступінь активності запального процесу в кишечнику при целіакії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман ТВ. (0372542682), (0506642667).

Реєстр. № 148/6/19 1. СПОСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ 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 № 136658. МПК (2019.01) A61K 31/00, A61P 17/00. Спосіб удосконалення лікування атопічного дерматиту в дітей / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201902781; заявл. 21.03.2019; опубл. 28.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Високий рівень захворюваності, дебют у ранньому дитячому віці, часто безперервно-рецидивуючий перебіг патологічного процесу, тенденція до збільшення стійких до традиційної терапії форм захворювання і зниження прихильності пацієнтів до лікування надають питанням причинних факторів розвитку захворювання і його ускладнених форм особливої актуальності. Загальновизнаною є концепція про те, що антиоксиданти, зокрема аскорбінова кислота, токоферол та В- каротин, спроможні сприяти реабілітації пошкодженої шкіри, позитивно впливати на морфологічні зміни, регрес перебудовних змін. Надзвичайно важливим і необхідним є пошук удосконалення методів лікування і профілактики загострень хвороби в дітей.
8. Медична ефективність:удосконалення лікування атопічного дерматиту в дітей шляхом застосування препарату із імуномодулюючою, цитопротекторною та антиоксидантною дією. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування шляхом зменшення тривалості застосування топічних стероїдів на 3,7 доби, підвищення показника ремісії на 19,7 %.
9. Додаткове призначення до стандартної протокольної терапії препарату веторон.
10. Призначення препарату веторон 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 впродовж 3-х тижнів, який володіє імуномодулюючою, цитопротекторною та антиоксидантною дією.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад 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. № 149/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПІДЛІТКІВ.
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 № 136375. МПК (2019.01) A61K 38/43 (2006.01), A61P 1/00, A61P 37/00. Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в підлітків / Сорокман Т.В; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201902784; заявл. 27.08.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Відомо, що у підлітків із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки мають місце зміни вмісту в середовищі організму ендогенних регуляторів проліферації - епідермального фактора росту, орнітин декарбоксилази, фактора росту фібробластів, і дизрегенераторні порушення - збільшення індексів проліферації і апоптозу епітеліоцитів слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, які залежать від фази і характеру перебігу патологічного процесу У зв'язку з цим доцільно призначення при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки препаратів із протективною дією.
8. Медична ефективність: підвищення ефективності лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в підлітків внаслідок застосування препарату із протективною дією. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, що відновлює морфо- функціональний стан гастродуоденальної слизової оболонки. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування внаслідок використання препарату із протективною дією, що сприяє запобіганню рецидиву захворювання і формування рубцевої деформації цибулини дванадцятипалої кишки.
9. У способі лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у підлітків шляхом призначення терапії (вісмут трикалію дицитрат, амоксіцилін і ніфурател відповідно до стандартів лікування), додатково призначають поліферментний препарат, який вміщує панкреатину 345 Євр. Фарм. Од. (115 мг), папаїну 90 F.I.P.-Од. (18 мг), бромелаїну 225 F.I.P-Од. (45 мг), триацилгліцеролліпази 34 F.I.P.-Од. (10 мг), амілази 50 F.I.P.-Од. (10 мг), трипсину 360 F.I.P.-Од. (13,2 мг), хімотрипсину 300 F.I.P.-Од. (0,75 мг), рутину 50 мг та має протизапальну, протинабрякову, анальгезуючу, імуномоделюючу дії, що сприяє регенерації пошкодженої слизової оболонки, позитивно впливає на її морфологічні зміни, а також підвищенню ефективності антибактеріальних засобів, зниженню їх токсичності та зменшення побічних ефектів (дисбактеріозу).
10. Додатково до стандартного лікування призначається вобензим (1 таблетка на 6 кг маси тіла) терміном 2 місяці.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад 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. № 150/6/19

1. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ СИСТЕМИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ІЗ ІНФЕКЦІЙНО- ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ.
2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», 0115U002852, 2015-2017 рр.; «Хронологічні аспекти діяльності серцево-судинної системи у дітей шкільного віку з порушеннями артеріального тиску», 0117U002357, 2017-2021 рр.
3. Соціальна медицина. Педіатрія.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 138353. МПК (2006.01) G01N 33/50. Спосіб підвищення якості системи надання медичної допомоги дітям із інфекційно- запальними захворюваннями сечостатевої системи / Безрук В.В., Шкробанець І.Д., Безрук Т.О., Іванчук М.А., Махрова Є.Г., Гончарук Л.М., Веля М.І. -№ u2019105068; заявл. 13.05.2019; опубл. 25.11.2019. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Спосіб підвищення якості системи надання медичної допомоги дітям із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи шляхом чітко регламентованої етапності та об'ємів лікування, що базуються на принципах доказової медицини та розроблено за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу для лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи дитячого населення на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної, згідно з яким призначають антибактеріальну терапію, посиндромну терапію та терапію запобігання рецидиву інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи серед дитячого населення на регіональному рівні. При цьому щороку проводять бактеріологічне дослідження сечі із визначенням етіологічної структури уропатогенів та їхньої чутливості до антибактеріальних засобів у дітей із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи, за результатами якого та їх динамікою визначають етіологічний спектр та антибактеріальну резистентність серед основних груп збудників інфекцій сечостатевої системи в залежності від вікових та гендерних відмінностей, на основі чого при проведенні антибактеріальної терапії на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги вибирають та призначають найбільш оптимальний препарат або комбінацію препаратів для лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи серед дитячого населення.
8. Запропонований спосіб дозволяє підвищити якість надання медичної допомоги дітям із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи на регіональному рівні та дає можливість переглянути терапевтичні схеми лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги з урахуванням щорічного регіонального бактеріологічного дослідження у межах загальнодержавного стандарту лікування за рахунок диференційованого підходу до застосування антибактеріальних препаратів, як патогенетичноголікування даної патології. Медична ефективність: оптимізація профілактичного, лікувального та організаційного аспектів діяльності національної та регіональних систем охорони здоров'я. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я дитячого населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів. Економічна ефективність: скорочення середньої тривалості лікування пацієнтів.
9. Немає.
10. Покращення стану здоров'я дитячого населення регіону.

11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел./факс (0372) 55-37-54.
14. Національна академія медичних наук України. 04050, м. Київ, вул. Герцена, 12, тел./факс (044) 489-39-81.
15. Безрук В.В. (0509013635), Шкробанець І.Д., Безрук Т.О., Доманчук Т.І., Веля М.І.

Реєстр. № 151/6/19 1. ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ІЗ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ.

2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», 0115U002852, 2015-2017 рр.; «Хронологічні аспекти діяльності серцево-судинної системи у дітей шкільного віку з порушеннями артеріального тиску», 0117U002357, 2017-2021 рр.
3. Соціальна медицина. Педіатрія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 123201. МПК (2018.02) A61P 13/00. Спосіб оптимізації системи надання нефрологічної допомоги дітям із інфекційно- запальними захворюваннями сечовидільної системи / Безрук В.В., Шкробанець І.Д., Ященко Ю.Б., Безрук Т.О. -№ u201710479; заявл. 30.10.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Згідно з офіційними статистичними даними у структурі первинної захворюваності населення в державі відмічається негативна динаміка збільшення питомої ваги хвороб сечостатевої системи; щодо хвороб сечостатевої системи серед дітей 0-17 років - найбільш поширеними є мікробно-запальні захворювання - інфекції сечової системи (ІСС). Актуальним питанням у нефрології є вивчення особливостей спектра збудників ІСС у залежності від статі, віку, перебігу захворювань, клімато- географічних умов проживання пацієнта тощо. В основу поставлено задачу удосконалити систему надання нефрологічної допомоги дітям із інфекційно- запальними захворюваннями сечостатевої системи шляхом щорічного проведення бактеріологічного дослідження сечі із визначенням етіологічної структури уропатогенів та їхньої чутливості до антибактеріальних засобів у дітей, за результатами якого та їх динамікою визначають етіологічний спектр та антибактеріальну резистентність серед основних груп збудників інфекцій сечової системи в залежності від вікових та тендерних відмінностей, на основі чого при проведенні антибактеріальної терапії вибирають та призначають найбільш оптимальний препарат для лікування.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно оптимізувати систему надання спеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню із інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на регіональному рівні, що дає можливість переглянути терапевтичні схеми лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи з урахуванням щорічного регіонального бактеріологічного дослідження у межах загальнодержавного стандарту лікування за рахунок диференційованого підходу до емпіричного, в першу чергу на амбулаторному етапі, застосування антибактеріальних препаратів, як патогенетичного лікування даної патології. Медична ефективність: оптимізація профілактичного, лікувального та організаційного аспектів діяльності національної та регіональних систем охорони здоров'я. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я дитячого

населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів. Економічна ефективність: скорочення середньої тривалості лікування пацієнтів.

9. Немає.
10. Покращення стану здоров'я дитячого населення регіону.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел./факс (0372) 55-37-54.
14. Національна академія медичних наук України. 04050, м. Київ, вул. Герцена, 12, тел./факс (044) 489-39-81.
15. Безрук В.В. (0509013635), Шкробанець І.Д., Безрук Т.О., Доманчук Т.І.

Реєстр. № 152/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ЖОВТЯНИЦЕЮ.

2. НДР «Удосконалення напрямків прогнозування, діагностики і лікування перинатальної патології у новонароджених та дітей раннього віку, оптимізація схем катамнестичного спостереження та реабілітації», 0115U002768, 2015-2019 рр.
3. Педіатрія, неонатологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 140593. МПК (2006.01) G01N 33/50. Спосіб ранньої діагностики порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених дітей з жовтяницею / Годованець Ю.Д., Волосівська Ю.М.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет МОЗ України». - № u201906946; заявл.20.06.2019; опубл.10.03.2020. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. На сьогодні відсутні достовірні маркери прогнозування та діагностики порушень функціонального стану гепатобіліарної системи при жовтяницях у новонароджених дітей. Рекомендовані методи діагностики порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених мають ряд недоліків, основними серед яких є відсутність комплексного підходу та рекомендованого переліку методів дослідження з доведеною ефективністю, що дозволило би забезпечити своєчасну діагностику для призначення відповідної медикаментозної корекції. Спосіб, який пропонується, включає визначення рівня загального білка, альбуміну, білірубіну та його фракцій, аспартатамінотрансферази (АсАТ) та гамаглутамілтранферази (ГГТ) у периферичній крові новонародженого та додаткового визначення рівня глюкози, холестерину, тригліцеридів, активності лужної фосфатази (ЛФ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), а також, рівня альфафетопротеїну (АФП) у пуповинній крові; при рівнях загального білка <55,08 г/л, альбуміну <33,88 г/л, білірубіну >36,06 мкмоль/л, фракції непрямого білірубіну >26,12 мкмоль/л, холестерину >1,8 ммоль/л, тригліцеридів >0,6ммоль/л, глюкози <3,73 ммоль/л, при активності АлАТ >18,19ОД/л, АсАТ>31,99ОД/л, ГГТ >88,11 ОД/л, ЛФ >287,74 ОД/л, ЛДГ >560,20ОД/л діагностують порушення функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених дітей з жовтяницею.
8. Удосконалення методів прогнозування та ранньої діагностики порушень функціонального стану гепатобіліарної системи шляхом визначення комплексу біохімічних показників у периферичній та пуповинній крові в новонароджених групи ризику щодо розвитку неонатальної жовтяниці або при її перших проявах, що

при проведенні відповідної терапії надасть змогу попередити формування важкої органної дисфункції у гострому періоді захворювання та розвиток у подальшому функціональних та органічних розладів печінки та жовчовивідних шляхів. Медична ефективність: можливість ранньої діагностики розвитку порушень функціонального стану гепатобіліарної системи та корекція порушень з метою попередження розвитку ускладнень та віддалених наслідків. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я дитячого населення за рахунок підвищення ефективності заходів ранньої діагностики та профілактики; заходів ранньої корекції та зниження частоти порушень функціонального стану гепатобіліарної при неонатальній жовтяниці. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих дітей з порушеннями функціонального стану гепатобіліарної системи при неонатальній жовтяниці, завдяки проведенню ранньої діагностики та корекції дисфункції задля попередження розвитку хронічних форм патології в подальші роки життя.

9. Біохімічний аналізатор, центрифуга лабораторна, діагностичні набори для визначенння альфафетопротеїну сироватки крові.
10. Рання діагностика порушення функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених дітей з проявами жовтяниці та перинатальною патологією.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Годованець Ю.Д. (0506189959), Волосівська Ю.М. (0953660344).

Реєстр. № 153/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ДИСФУНКЦІЇ НИРОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ.

2. НДР «Удосконалення напрямків прогнозування, діагностики і лікування перинатальної патології у новонароджених та дітей раннього віку, оптимізація схем катамнестичного спостереження та реабілітації», 0115U002768, 2015-2019 рр.
3. Неонатологія, педіатрія, дитяча нефрологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 139574. МПК G01N 33/48 (2006.01), 33/493 (2006.1) . Спосіб діагностики ступеня важкості дисфункції нирок у передчасно народжених дітей за умов перинатальної патології / Годованець Ю.Д., Фрунза А.В.; заявник та патентовласник ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». - № u201906919; заявл. 20.06.2019; опубл. 10.01.2020. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Актуальною проблемою сучасної неонатології є пошук достовірних маркерів прогнозування та діагностики порушень функціонального стану нирок у передчасно народжених дітей. Недостатньо високий рівень специфічності загальноприйнятих критеріїв пов'язаний з неспецифічністю клінічних проявів ренальної дисфункції у ранньому неонатальному періоді з урахуванням морфологічних та функціональних особливостей сечової системи відповідно до гестаційного віку при народженні. Розробка єдиного комплексного підходу щодо діагностики ступеня тяжкості дисфункцій нирок з урахуванням ступеня морфофункціональної незрілості за умов передчасного народження надасть змогу підвищити якість надання медичної допомоги пацієнтам відділень інтенсивної терапії новонароджених та зменшити показники захворюваності за умов перинатальної патології. Запропонований спосіб

діагностики ступеня тяжкості дисфункції нирок у передчасно народжених дітей за умов перинатальної патології здійснюється наступним чином: за наявності у новонародженого клінічних ознак порушень функціонального стану нирок проводять загальну оцінку клінічної ситуації та після досягнення дитиною 48 годин життя вимірюють рівень погодинного діурезу, проводять доплерометричне дослідження ниркових судин з визначенням індексу резистентності, додатково вимірюють рівень цистатину С у плазмі периферичної крові, рівень креатиніну, сечовини, мікроальбуміну, загального білка, альфа-1-мікроглобуліну та бета-2- мікроглобуліну у сечі. При рівні погодинного діурезу < 2,0 мл/кг/годину, значенні індексу резистентності 0,68-0,84, рівні цистатину С у плазмі периферичної крові > 1, 157 мг/л, рівнів у сечі креатиніну < 1312,34 мкмоль/л, сечовини > 40,59 ммоль/л, мікроальбуміну > 12,52 мг/л, загального білку > 0,1 г/л, альфа-1-мікроглобуліну > 16,91 мг/л, бета-2-мікроглобуліну > 2,05 мкг/мл діагностують порушення функціонального стану нирок середнього ступеня важкості. При рівні погодинного діурезу < 1,0 мл/кг/годину, значенні індексу резистентності > 0,89, рівні цистатину С у плазмі периферичної крові > 2,098 мг/л, рівні у сечі креатиніну < 1250,59 мкмоль/л, сечовини > 53,46 ммоль/л, мікроальбуміну > 14,45 мг/л, загального білку > 0,28 г/л, альфа-1-мікроглобуліну > 21,24 мг/л, бета-2- мікроглобуліну > 6, 15 мкг/мл діагностують порушення функціонального стану нирок тяжкого ступеня.

8. Підвищення ефективності діагностики ступеня тяжкості дисфункції нирок у передчасно народжених дітей за умов перинатальної патології, що надасть змогу проводити своєчасну корекцію лікувального комплексу у пацієнтів даної гестаційної групи, зменшити ймовірність смертності та попередити розвиток хронічної патології сечової системи у майбутньому. Медична ефективність: покращання якості надання медичної допомоги передчасно народженим дітям з перинатальною патологією, які отримують лікування у відділеннях інтенсивної терапії, завдяки своєчасній діагностиці ступеня тяжкості ренальної патології, ефективної корекції лікувального комплексу для попередження формування незворотних змін. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я передчасно народжених дітей у неонатальному періоді за рахунок підвищення ефективності діагностики ступеня тяжкості ураження нирок, що надає змогу попередити розвиток тяжкої органної патології, зменшити ймовірність смертності та інвалідності дітей. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на надання медичної допомоги передчасно народженим дітям шляхом підвищення ефективності діагностики ступеня тяжкості ураження нирок за рахунок зменшення медикаментозного навантаження, терміну перебування дитини у відділенні інтенсивної терапії, попередження необхідності проведення діалізної терапії.
9. Біохімічний аналізатор; центрифуга лабораторна; діагностичні набори для визначення концентрації цистатину С у сироватці крові; концентрації креатиніну, сечовини, мікроальбуміну, загального білка, альфа-1-мікроглобуліну та бета-2- мікроглобуліну у сечі; система діагностична ультразвукова з функцією доплерометрії.
10. Діти, які народилися раніше 37 повних тижнів гестації та мають клінічні прояви перинатальної патології у ранньому неонатальному періоді.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, тел. (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Годованець Ю.Д. (0506189959), Фрунза А.В. (0959482041).

Реєстр. № 154/6/19

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ КУРЯТЬ.
2. НДР «Бронхіти у дітей з коморбідними станами: клінічний перебіг та їх сучасна етіологія», 0116U4962.
3. Педіатрія. Пульмонологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть наукової продукції полягає у вивченні статусу тютюнокуріння, клініко-анамнестичних, функціонально-інструментальних та молекулярно-генетичних факторів ризику розвитку хронічного бронхіту у підлітків, які курять, підсумуванні діагностичних коефіцієнтів, що відповідають виявленим у пацієнта ознакам, за допомогою прогностичної шкали. При сумі ДК (+13) діагностують розвиток ХБ з вірогідністю помилки <5 % ($p<0,05$); (+20) - імовірність прогнозу становить 99 %
($p<0,01$).
8. Медичні. Метод дозволяє з точністю 91,7 % прогнозувати розвиток хронічного бронхіту у підлітків, яку курять, та діагностувати його. Впровадження результатів роботи у практичну педіатрію сприятиме виявленню груп пацієнтів високого ризику по формуванню даної патології та проведення серед них персоніфікованих профілактичних заходів. Соціальні. Запропонований спосіб зменшує ризик інвалідизації та поліпшує якість життя. Економічні. Зменшення витрат на лікування, зменшення ліжко-днів.
9. Прогностична шкала ризику розвитку хронічного бронхіту в підлітків, які курять, що включає анамнестичні ознаки (стаж активного тютюнокуріння більше 3 років, кількість викурених за добу сигарет, значення індексу курця, показника “пачка/роки”, ступінь нікотинової залежності, наявність пасивного тютюнокуріння, тютюнокуріння матері під час вагітності), функціонально-інструментальні ознаки (значення об’єму форсованого видиху за першу секунду (FEV1), максимального експіраторного тиску (МЕТ), максимального інспіраторного тиску (МІТ), рівня оксиду азоту в конденсаті повітря, що видихається (NO)) та молекулярно-генетичні ознаки (визначення генотипів гена матриксної металопротеїнази-1 (MMP1) та гена І фази біотрансформації ксенобіотиків (CYP1A1)).
10. Підлітки, які курять.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. В Вернадського, 9, тел. (056) 713-52-37.
14. Немає.
15. Ільченко С.І. (0504534816), Фіалковська А.О.

Реєстр. № 155/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ПІДЛІТКІВ 15-18 РОКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

2. НДР «Розробка нових підходів до медичної допомоги підліткам та особам молодого віку з артеріальною гіпертензією в умовах вищого навчального закладу», 0115U003874, 2015-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 1+,А.

5. Патент України на корисну модель № 123000. МПК A61B 5/0402, A61B 5/02 (2006.1) . 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 ЗДМУ - № u201706238; заявл. 19.06.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування гіпертрофії лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією шляхом проведення 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 гіпертрофії лівого шлуночка.
8. Спрощення прогнозування гіпертрофії лівого шлуночка у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією зі збереженням високої достовірності та підвищення ефективності лікування.
9. ЕКГ.
10. Прогнозування гіпертрофії лівого шлуночка серця у підлітків 15-18 років з первинною артеріальною гіпертензією.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, тел. (0612)33-15-46.
14. Немає.
15. Товма А.В. (0612331546), Пацера М.В., Каменщик А.В., Іванько О.Г.

Реєстр. № 156/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕМОРАГІЧНОЇ ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ.

2. НДР «Умови, що впливають на забезпеченість дітей перших місяців життя вітаміном К та шляхи їх корекції», 0115U003872, 2015-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119855. МПК A61K 35/742 (2015.01), A61P 7/00. Спосіб профілактики геморагічної хвороби новонароджених / Іванько О.Г., Соляник О.В.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201704125; заявл. 25.04.2017; опубл. 10.07.2017. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики геморагічної хвороби новонароджених здійснюють шляхом перорального призначення розчину суспензії спор полірезистентного штаму Bacillus clausii- 2 х 10^9 по 5 мл у питних флаконах перорально один раз на добу протягом 10 днів з 28 дня життя, що забезпечить підвищення ефективності профілактики та уникнення геморагічної хвороби новонароджених.
8. Підвищення удосконалення профілактики геморагічної хвороби новонароджених.
9. Спори пробіотика B.Clausii.
10. Профілактика геморагічної хвороби новонароджених.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, тел. (0612) 3-15-46.
14. Немає.

15. Іванько О.Г., Соляник О.В. (0684469372).

Реєстр. № 157/6/19

1. ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП РИЗИКУ ЗНИЖЕНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ВТОРИННИМИ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.
2. НДР «Визначити судинні механізми реалізації реакцій адаптації у дітей з вторинними кардіоміопатіями та порушеннями артеріального тиску», 0118U003186, 2018-2020 рр.
3. Кардіоревматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 113130. МПК A61B 5/107 (2006.01). Спосіб діагностики ризику формування гіпокінетичного варіанту гемодинаміки у хлопчиків-підлітків з патологією серцево-судинної системи / Беспалов Ю.Г., Висоцька О.В., Жолткевич Г.М., Кашіна-Ярмак В.Л., Носов К.В., Печерська А.І., Рак Л.І.; заявник і патентовласник Харківський національний університет радіоелектроніки. - № u201607836; заявл. 15.07.2016; опубл. 10.01.2017. Бюл. № 1.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Пропонується визначення груп ризику зниженої толерантності до фізичного навантаження у підлітків із вторинними кардіоміопатіями та артеріальною гіпертензією на основі використання таблиці прогностичних коефіцієнтів, розрахованих за допомогою неоднорідної послідовної статистичної процедури за А. Вальдом у модифікації Є.В. Гублера та А.А. Генкіна. Незалежно від характеру патології прогностичну значущість мають найбільш інформативні ознаки: браді- (ПК= - 5,0) або тахікардії (ПК=+3,5), характеру кисень-залежної здатності міокарду за індексом Робінсона (ПК=+4,0), варіанту клиноортостатичної проби (асимпатикотонічний ПК=+1,5; гіпердіастолічній ПК=+7,5; гіперсимпатикотонічний ПК=+0,5) та напруження адаптаційних резервів пацієнта за адаптаційним потенціалом Баєвського (ПК=+1,5). Отримання результатів вищезазначених показників не є складним і трудомістким процесом, може виконуватися як в умовах медичного (амбулаторного або стаціонарного), так і освітнього закладу (для визначення груп фізичного виховання, показань і протипоказань до фізичних навантажень різного ступеня). Пропонується до прогностичної процедури у пацієнтів із вторинними кардіоміопатіями додати результати електрокардіографії (визначення систолічного індексу вище 105 %; ПК=+9,0), для пацієнтів із артеріальною гіпертензією - оцінку фізичного розвитку (розрахунок масо-ростового коефіцієнту із визначення варіанту соматотипу за Штефко та Островським; І=13,0), а також незалежно від нозологічної форми доцільно встановлення типу гемодинаміки при проведенні ехокардіоскопічного дослідження (гіперкінетичнтй тип, ПК=+11,0). При наявності окремих показників проводиться підсумовування їх прогностичних коефіцієнтів. При досягненні суми +13 балів пацієнта відносять до групи високого ризику низької толерантності до фізичного навантаження, що потребує проведення терапевтичних і реабілітаційних заходів.
8. Перевага над наявними аналогами полягає у використанні прогностичних критеріїв простих у виконанні методів дослідження, які не потребують додаткового фінансування, що дозволяють встановити зниження адаптаційних можливостей підлітків із вторинними кардіоміопатіями та артеріальною гіпертензією та провести профілактичні заходи щодо порушення функціонування серцево-судинної системи.
9. Перелік необхідного обладнання для впровадження нововведення: ваги, ростомір, тонометр, електрокардіограф, апарат ультразвукової діагностики.

10. Показання для застосування: діти і підлітки із вторинними кардіоміопатіями та порушеннями артеріального тиску.
11. Протипоказань немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19; факс (0572) 62-41-17.
14. Немає.
15. Рак Л.І. (0572621150), Кашіна-Ярмак В.Л., Штрах К.В.

Реєстр. № 158/6/19 1. ТЕХНОЛОГІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.

2. НДР «Розробити технологію комплексної реабілітації дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет 1 типу, на різних етапах надання медичної допомоги», 0118U003183, 2018-2020 рр.
3. Ендокринологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 119999. МПК A61K 31/00, A61K 31/51 (2006.1) , A61K 31/221 (2006.01), A61K 38/28 (2006.01), A61P 3/10 (2006.01), A61P 3/02 (2006.01), A61P 25/28 (2006.01). Спосіб лікування неврологічних та судинних ускладнень цукрового діабету I типу у дітей та підлітків / Мітельов Д.А.; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». - № u201700190; заявл. 04.01.2017; опубл. 25.10.2017. Бюл. № 20. Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 76398, № 97372.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Пропонується нова технологія реабілітації дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет, на етапі санаторного лікування із застосуванням диференційованих програм навчання самоконтролю з урахуванням психоемоційного стану. Проводиться оцінка рівня самоконтролю, помилок, обумовлених порушенням техніки введення ін'єкцій інсуліну, дієтичного режиму, психоемоційних порушень. При відсутності або низькому рівні навичок самоконтролю проводиться не менше трьох занять із самоконтролю, ароматерапія, психотерапія в режимі санаторного лікування; при достатньому рівні навчання хворим пропонується вищий рівень самоконтролю з використанням індивідуальних розрахунків вуглеводного навантаження, вуглеводного коефіцієнта, чутливості до інсуліну та дози на корекцію гіперглікемії.
8. Перевага методу над існуючими полягає у своєчасному виявленні рівня самоконтролю та психоемоційних порушень, що дозволить досягнути оптимального глікемічного контролю та запобігти утворенню ускладнень цукрового діабету.
9. Перелік необхідного обладнання для впровадження нововведення: диференційовані програми навчання самоконтролю цукрового діабету у дітей і підлітків з урахуванням психоемоційного стану.
10. Діти та підлітки, хворі на цукровий діабет 1 типу на санаторному етапі реабілітації.
11. Протипоказань немає.
12. Не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19; факс (0572) 62-41-17.
14. Немає.
15. Турчина С І. (0572622195), Чумак С.О.

Реєстр. № 159/6/19

1. НОВИЙ СПОСІБ ТЕРАПІЇ ЕМОЦІЙНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.
2. НДР «Вивчити особливості порушень поведінки у підлітків з депресивними розладами і розробити комплексні методи їх профілактики», 0019U100057, 20192021 рр.
3. Дитяча психіатрія.
4. 1+,В.
5. Подана заявка на корисну модель.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Клінічна симптоматика депресивних розладів у підлітків включає вегетативну дисфункцію, тривогу, порушення поведінки та когнітивного функціонування. Нейрофізіологічні дослідження з позиції доказової медицини підтверджують залучення лімбико-ретикулярного комплексу в порушенні церебрального гомеостазу при депресивних розладах. Відповідно до сучасної концепції терапії психічних розладів, за модуляцію тривоги незалежно від ґенезу відповідає ГАМК-ергічна нейротрансмісія в мигдалевидному тілі. З урахуванням отриманих відомостей про роль порушень ГАМК-ергічної модуляції в розвитку функціонально-органічних порушень розроблено ряд фармакологічних препаратів, спрямованих на потенціювання активності у-аміномасляної кислоти (ГАМК). Крім ГАМК, яка традиційно використовується в дитячо-підлітковій практиці, до складу Гамалате-В6 входить аналог ГАМК - у-аміно-Р-оксимасляна кислота. Доведено, що остання, в порівнянні з ГАМК, має більш виражений гальмівний ефект, найімовірніше за рахунок більш легкого транспорту через гематоенцефалічний бар'єр.

   Пропонується новий спосіб лікування емоційних та вегетативних порушень у підлітків з депресивними розладами шляхом перорального прийому Гамалате-В6 у поєднанні з процедурою загальної гальванізації за методикою С.Б. Вермеля. Положення хворого - лежачи на кушетці. Електрод площиною 300 см^2 розташовують у міжлопатковій ділянці та з'єднують з одним полюсом, два електроди по 150 см^2 розміщують у ділянці задньої поверхні гомілок і з'єднують з другим полюсом апарату для гальванізації «Поток-1». Сила струму від 2-10 мА до 15-20 мА (залежно від віку пацієнта; тривалість процедури 10-20 хвилин, кожного дня, курсом 10 процедур).

   Стандартні дози в підліткової практиці: підлітки 12-14 років 1 таблетка 3 рази на день; підлітки 15-18 років 2 таблетки 2 рази на день. Курс терапії 2 тижні. Розроблений комплекс впливає на різні механізми гальмівної модуляції, має мінімальну кількість побічних ефектів та універсальну дію при депресії з тривожними та вегетативними розладами. Фармакологічна дія здійснюється завдяки синергетичній дії активних компонентів з реалізацією нейровегетативного, енергоактивуючого, нейрорегуляторного і седативного ефектів.
8. Тест оцінки депресії CDRS-R, тест рівня невротичного стану (К.Х. Яхіна і Б.Д. Менделевича), «Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень»
   А.М. Вейна (2000 р.), енцефалограф, апарат для фізіотерапії «АМРТ -02».
9. Запропонований комплекс на відміну від існуючих методів забезпечує лікування тривожних та вегетативних порушень, збалансування емоційно-поведінкових розладів у підлітків із депресією у короткий термін без фармакологічного навантаження із збереженням комплайєнса та якості когнітивного функціонування.
10. Депресивні розлади, що супроводжуються симптомами тривоги, емоційними порушеннями, вегетативними дисфункціями.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19, факс (80572) 62-41-17.

14. Немає.
15. Михайлова Е.А. (0572624147), Мітельов Д.А., Матковська Т.М., Кувічка І.Б., Майоров О.Ю.

Реєстр. № 160/6/19 1. ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ

2. НДР «Вивчити особливості порушень поведінки у підлітків з депресивними розладами і розробити комплексні методи їх профілактики», 0019U100057, 20192021 рр.
3. Дитяча психіатрія.
4. 1+,В.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 56438.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Традиційні способи профілактики девіантної поведінки у підлітків спрямовані переважно на клінічні варіанти тільки окремих форм девіантної поведінки (зокрема, комп'ютерної залежності), не розраховані на неклінічні варіанти усього регістру девіацій поведінки, поширених у підлітковій популяції. Відсутні програми супроводу підлітків з депресивними розладами поведінки. Пропонується удосконалена технологія медико-психологічного супроводу підлітків з депресивними розладу поведінки, яка базується на визначенні інтенсивності симптомів депресії (за тестом депресії CDRS-R), інтегральній оцінці інформації, що отримана в проективних малюнкових тестах («Тест на вміння адаптуватися до критичних ситуацій», тест «Я і моя хвороба», серія малюнків «Я у минулому, Я в теперішньому, Я у майбутньому»), що відображають векторність депресивних тенденцій, оцінку сімейної згуртованості у дорослих та підлітків. При наявності поєднання порушень поведінки із депресією, проявів девіантної поведінки за межами основних для підлітка мікросоціальних груп (сім'ї, школи, референтної групи підлітків), специфіки аутодеструктивної поведінки (наркозалежна поведінка, самопошкодження, комп'ютерна залежність, харчові аддикції, суїцидальна поведінка), фіксації стереотипів порушеної поведінки, негармонійного аспектів батьківського впливу в родинах підлітків з депресію, алгоритм медико- психологічного супроводу потребує проведення когнітивно-поведінкової терапії, сімейної психотерапії, арттерапії з визначенням тривалої стратегії роботи з батьками підлітків.
8. Стандартні клініко-психопатологічні обстеження, тест оцінки депресії CDRS-R, проективні малюнкові тести («Тест на вміння адаптуватися до критичних ситуацій», тести «Я і моя хвороба», серія малюнків «Я у минулому, Я в теперішньому, Я у майбутньому»), що відображають імпринтинг травматичних подій у підлітків із депресивними розладами, оцінку особливостей сімейного виховання за допомогою опитувальника «Аналіз сімейної взаємодії та причин її порушення» АСВ (Ейдеміллер ^.Г. [та ін.], 2007).
9. Перевага над існуючими методами полягає у можливості здійснення якісного медико-психологічного супроводу підлітків із депресивними розладами поведінки без фармакологічного навантаження на організм.
10. Підлітки, батьки підлітків, хворих на депресію.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19, факс (80572) 62-41-17.
14. Немає.

15. Михайлова Е.А. (0572624147), Бєляєва О.Е., Мітельов Д.А., Матковська Т.М.

Реєстр. № 161/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІВЧАТ ІЗ ГІПОМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ДЕФІЦИТУ МАСИ ТІЛА.

2. НДР «Дослідити клініко-патогенетичний поліморфізм розладів менструальної функції у дівчат на тлі дефіциту маси тіла, розробити профілактичні заходи щодо їх рецидивів», 0019U100065, 2019-2021 рр.
3. Акушерство і гінекологія, психологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 91993. МПК A61K 31/185 (2006.01), A61K 31/355 (2006.01), A61N 1/30 (2006.01). Спосіб лікування дівчат-підлітків з гіпоплазією матки при вторинній аменореї / Левенець С.О., Начьотова Т.А., Шелудько О.Ю., Введенська Т.С., Люта Л.В.; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». - № u201401606; заявл. 18.02.2014; опубл. 25.07.2014. Бюл. № 14.
   Патент України на корисну модель № 131001. МПК G01N 33/50 (2006.01), A61B 5/00, A61B 10/00. Спосіб прогнозування ефективності негормонального лікування дівчат-підлітків із гіпоменструальним синдромом / Левенець С.О., Начьотова Т.А., Удовікова Н.О.; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». - № u201804558; заявл. 25.04.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Психоемоційні проблеми, пов'язані з порушенням репродуктивного здоров'я дівчат, до яких належить негативне ставлення до власного тіла, викривлені стилі харчової поведінки й прояви невротизації погіршують психологічний гомеостаз хворих, знижують комплайєнтність й можуть перешкоджати успіху гінекологічного лікування. Пропонується спосіб оцінки психологічного стану дівчат із гіпоменструальним синдромом на тлі дефіциту маси тіла, який передбачає визначення особливостей ставлення хворих до власного тіла (що охоплює глобальну оцінку задоволення чи незадоволення вагою та формою, почуття та переконання щодо власної зовнішності та наявність специфічної, уникаючої поведінки), виявлення стилю харчової поведінки (обмежувального, із прискіпливим контролем споживання; емоціогенного - із труднощами розрізнення переживання емоцій та голоду, та екстернального - із чутливістю до зовнішніх впливів різноманітних харчових спокус) та психодіагностичну оцінку наявності невротичних станів: депресивного, тривожного та обсесивно-фобічного регістрів.
8. Опитувальник невротичних станів К.К. Яхіна-Д.Б. Менделевича, опитувальник ставлення до власного тіла, голландський опитувальник харчової поведінки.
9. Перевага методу над існуючими методами: можливість визначення комплексу інформативних психодіагностичних показників, психоемоційних та поведінкових відхилень у дівчат з порушеннями менструальної функції.
10. Психологічні проблеми у підлітків із гіпоменструальним синдромом на тлі дефіциту маси тіла.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19, факс (80572) 62-41-17.
14. Немає.
15. Левенець С.О., Бєляєва О.Е. (0572624114), Верхошанова О.Г., Удовікова Н.О.

Реєстр. № 162/6/19

1. ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПТЕНТНОСТІ УЧНІВ БАЗОВОЇ ШКОЛИ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ЇХ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ.
2. НДР «Удосконалити медико-психологічний супровід професійної підготовки підлітків», 0118U003185, 2018-2020 рр.
3. Гігієна дітей та підлітків.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 69761, 90376.
6. Технологія буде підготовлена на заключному етапі НДР.
7. Успішність переходу від початкової до базової освітньої ланки забезпечується врахуванням наступності та спадкоємності між ними, цілеспрямованим формуванням у дітей психологічних механізмів, що дозволять адекватно прийняти нову ситуацію діяльності та спілкування, що є вкрай важливим для майбутнього професійного самовизначення. Це сприятиме підвищенню загального потенціалу здоров'я дитини, її повноцінному особистісному становленню, забезпечить подальшу успішність навчання і життєдіяльності загалом. Технологія передбачає використання спеціальних навчальних комплектів «Основи самоменеджменту» для учнів 7 та 8 класів, які враховують особливості підліткового віку. В кожному розділі навчальних комплектів містяться спеціальні завдання і вправи, спрямовані на зниження конфліктності, тривожності дітей, на саморозуміння, усвідомлення власного «Я», позитивне емоційне ставлення до себе та вибору майбутньої професійної траєкторії, до інших та навколишнього світу.
8. Навчальний комплект, комп'ютер, телевізор.
9. Запропонована методика на відміну від інших враховує індивідуальний підхід при роботі з учнями для розвитку в них соціальної компетентності на етапі професійного самовизначення, що підвищує якість функціонування в соціумі, охоплює як соціальні мотиви, знання, навички, необхідні для успішної взаємодії із соціальним середовищем, так і самопочуття та самосприйняття особистості в мінливому соціумі. Представлена технологія немає аналогів в Україні, країнах СНД та світу.
10. Формування ключової компетентності вміння вчитися, а також емоційної компетентності, яка, в свою чергу, складається з особистісної та соціальної компетентностей.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». 61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-а, тел. (0572) 62-50-19, факс (80572) 62-41-17.
14. Немає.
15. Даниленко Г.М. (0572625019), Щербакова О.О., Меркулова Т.В.

Реєстр. № 163/6/19

1. АЛГОРИТМ ПІДГОТОВКИ І ПРОВЕДЕННЯ ОРАЛЬНИХ ПРОВОКАЦІЙНИХ ПРОБ В ПЕДІАТРІЇ
2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83657. Алгоритм

підготовки і проведення оральних провокаційних проб в педіатрії / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.

6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю.
7. Золотим стандартом для діагностики харчової алергії є оральні провокаційні проби, які являють собою комплекс діагностичних тестів для досягнення безпечного розширення дієти або обґрунтування уникнення певного алергену Основна цінність проб полягає в тому, що дослідження дає можливість отримати у кожному конкретному випадку відповідь на питання: "толерантність" чи "алергія". Правильна підготовка пацієнта є важливою для якості проведення проби. У розробленому алгоритмі наводяться чіткі критерії підготовки, перелік медикаментів та рекомендації щодо виключення їх можливого впливу на інтерпретацію оральних провокаційних проб, розвиток можливих реакцій в часі проведення проби та опис факторів, які можуть впливати на результат тесту. Наводяться покрокові дії для батьків,які планують проводити своїм дітям оральні провокаційні проби, які включають рекомендації за 7 днів до тесту, напередодні та безпосередньо в день його проведення. Знаючи інформацію, батьки краще розуміють мету проведення проб та ознайомлені з правильною її підготовкою, що є важливим для правильного та безпечного проведення тесту.
8. Дозволяє батькам правильно підготувати дитину до процедури, розставити пріоритети, зрозуміти суть обстеження та їхню роль у його проведенні.
9. Немає.
10. Діти з харчовою алергією.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.
14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 164/6/19 1. ТАБЛИЦЯ ДЛЯ РОЗРАХУНКУ ЕКВІВАЛЕНТУ БІЛКА КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКА В РІЗНИХ МОЛОЧНИХ ПРОДУКТАХ.

2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83656. Таблиця для розрахунку еквіваленту білка коров'ячого молока в різних молочних продуктах / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю, а також для використання пацієнтами та їхніми батьками в домашніх умовах.
7. Золотим стандартом для діагностики харчової алергії є оральні провокаційні проби, які являють собою комплекс діагностичних тестів для досягнення безпечного розширення дієти або обґрунтування уникнення певного алергену. Молоко є базовим продуктом для дітей раннього віку та забезпечує нутритивні потреби молодого організму, зокрема є джерелом білків та важливих мікроелементів (кальцію, магнію, заліза). З серйозною проблемою стикаються батьки, якщо в дитини діагностується алергія на білок коров'ячого молока. В такій ситуації, як правило, призначаються виснажливі безмолочні дієти. Новою схемою в лікуванні є формування специфічної оральної толеранції методом впровадження молока у субпорогових дозах, які не провокують клінічних симптомів. Після проведення

оральних провокаційних проб підбирається доза білка, яку дитина повинна споживати щоденно і нарощувати за схемою, запропоновану лікарем. Розроблена таблиця еквіваленту білка коров'ячого молока в різних молочних продуктах несе велику практичну цінність для прийому чіткої добової дози білка коров'ячого молока та урізноманітнення в раціоні різними похідними молока.

8. В результаті застосування даних таблиці лікар, батьки чи сама дитина отримують інформацію щодо кількості продукту, який може чи повинен бути спожитий пацієнтом в період формування оральної толеранції
9. Немає.
10. Діти з алергією до коров'ячого молока.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.
14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 165/6/19

1. ПЕРЕКЛАД З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ НАУКОВОГО ТВОРУ FAQLQ TF. ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ПРИ ХАРЧОВІЙ АЛЕРГІЇ - FOOD ALLERGY QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE - TEENAGER FORM (13-17 YEARS).
2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83658. Переклад з англійської мови наукового твору FAQLQ TF. Опитувальник якості життя дітей при харчовій алергії - Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Teenager Form (13- 17years) / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю.
7. Запропонований валідизований опитувальник якості життя дитини при харчовій алергії віком 13 - 17 років (форма для підлітків) у перекладі на українську мову. Стандартизована анкета містить 23 запитань. Кожен критерій оцінюється за семибальною шкалою - від 0 до 6, де 0 - зовсім не впливає, 1 - ледь впливає, 2 - злегка, 3 - відчутно, 4 - суттєво, 5 - дуже сильно, 6 - надзвичайно сильно. Під час аналізу запитання групуються на три складові - емоційний вплив; переживання, пов'язані зі споживанням їжі; соціальні та дієтичні обмеження. Сума балів в кожній сфері підсумовується і ділиться на три. В результаті лікар отримує комплексну оцінку якості життя дитини при харчовій алергії, що є дуже важливим при лікуванні та спостереженні пацієнта в динаміці.
8. Комплексна оцінка якості життя підлітка при харчовій алергії, що є дуже важливим при
9. Немає.
10. Пацієнти-підлітки з харчовою алергією.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.
14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 166/6/19

1. ПЕРЕКЛАД З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ НАУКОВОГО ТВОРУ FAQLQ CF. ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ПРИ ХАРЧОВІЙ АЛЕРГІЇ - ФОРМА ДЛЯ ДІТЕЙ (8-12 РОКІВ) FOOD ALLERGY QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE - CHILD FORM (8-12 YEARS).
2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83659. Переклад з англійської мови наукового твору FAQLQ CF. Опитувальник якості життя дітей при харчовій алергії - Форма для дітей (8-12 років) Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Child Form (8-12 years) / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю.
7. Запропонований валідизований опитувальник якості життя дитини при харчовій алергії віком 8-12 років (форма для дітей) у перекладі на українську мову. Стандартизована анкета містить 24 запитання. Кожен критерій оцінюється за семибальною шкалою - від 0 до 6, де 0 - зовсім не впливає, 1 - ледь впливає, 2 - злегка, 3 - відчутно, 4 - суттєво, 5 - дуже сильно, 6 - надзвичайно сильно. Під час аналізу запитання групуються на три складові - емоційний вплив; переживання, пов'язані зі споживанням їжі; соціальні та дієтичні обмеження. Сума балів в кожній сфері підсумовується і ділиться на три.
8. Комплексна оцінка якості життя підлітка при харчовій алергії, що є дуже важливим при лікуванні та спостереженні пацієнта в динаміці.
9. Немає.
10. Діти з харчовою алергією.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.
14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 167/6/19

1. ПЕРЕКЛАД З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ НАУКОВОГО ТВОРУ FAQLQ PTF. ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ПРИ ХАРЧОВІЙ АЛЕРГІЇ - ФОРМА ДЛЯ БАТЬКІВ - ПІДЛІТКИ (13-17 РОКІВ) FOOD ALLERGY QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE -PARENT FORM - ADOLESCENTS AGED 13-17.
2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83655. Переклад з англійської мови наукового твору FAQLQ PTF. Опитувальник якості життя дітей при харчовій алергії - Форма для батьків - Підлітки (13-17 років) Food Allergy Quality of Life Questionnaire -Parent Form - Adolescents aged 13-17 / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.

6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю.
7. Запропонований валідизований опитувальник якості життя дитини при харчовій алергії віком 13-17 років (форма для батьків) у перекладі на українську мову. Стандартизована анкета містить 27 запитань. Кожен критерій оцінюється за семибальною шкалою - від 0 до 6, де 0 - зовсім не впливає, 1 - ледь впливає, 2 - злегка, 3 - відчутно, 4 - суттєво, 5 - дуже сильно, 6 - надзвичайно сильно. Під час аналізу запитання групуються на три складові - емоційний вплив; переживання, пов'язані зі споживанням їжі; соціальні та дієтичні обмеження. Сума балів в кожній сфері підсумовується і ділиться на три.
8. Комплексна оцінка якості життя підлітка при харчовій алергії, що є дуже важливим при лікуванні та спостереженні пацієнта в динаміці.
9. Немає.
10. Діти з харчовою алергією.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.
14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 168/6/19

1. ПЕРЕКЛАД З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ НАУКОВОГО ТВОРУ FAQLQ PF. ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ПРИ ХАРЧОВІЙ АЛЕРГІЇ - ФОРМА ДЛЯ БАТЬКІВ - ДІТИ (0-12 РОКІВ) FOOD ALLERGY QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE -PARENT FORM -CHILD (0-12 YEARS).
2. НДР «Розробка і впровадження методів профілактики, лікування і укріплення здоров'я дітей різних вікових груп», 0117U0001079, 2017-2021 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво України про реєстрацію авторського права на твір № 83660. Переклад з англійської мови наукового твору FAQLQ PF. Опитувальник якості життя дітей при харчовій алергії - Форма для батьків - діти (0-12 років) Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Parent Form -child (0-12 years) / Мацюра О.І., Беш Л.В. - Заявл. 01.10.2018; опубл. 14.12.2018.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади педіатричного профілю.
7. Запропонований валідизований опитувальник якості життя дитини при харчовій алергії віком 0-12 років (форма для батьків) у перекладі на українську мову. Стандартизована анкета містить 30 запитань. Кожен критерій оцінюється за семибальною шкалою - від 0 до 6, де 0 - зовсім не впливає, 1 - ледь впливає, 2 - злегка, 3 - відчутно, 4 - суттєво, 5 - дуже сильно, 6 - надзвичайно сильно. Під час аналізу запитання групуються на три складові - емоційний вплив; переживання, пов'язані зі споживанням їжі; соціальні та дієтичні обмеження. Сума балів в кожній сфері підсумовується і ділиться на три.
8. Комплексна оцінка якості життя підлітка при харчовій алергії, що є дуже важливим при лікуванні та спостереженні пацієнта в динаміці.
9. Немає.
10. Діти з харчовою алергією.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 238-09-59, кафедра педіатрії.

14. Немає.
15. Мацюра О.І., Беш Л.В. (0501011137).

Реєстр. № 169/6/19 1.
ПОЕТАПНА ДІАГНОСТИКА ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Клініко-імунологічний аналіз стану здоров'я та оцінка якості життя дітей та підлітків з целіакією», 2016-2020 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я.
7. Початковий скринінг на целіакію включає дослідження загального сироваткового IgA і IgA до тканинної трансглутамінази (tTG). Виявлення підвищеного рівня tTG чи дефіциту IgA потребує подальшого діагностичного пошуку - зазвичай біопсії тонкого кишечнику Потреба в гістологічному дослідженні тонкого кишечнику може бути визначена за клінічними показами, навіть при негативних результатах вищезгаданих тестів. Гістологічне підтвердження вкрай важливе, беручи до уваги по життєвий характер захворювання та потребу в дорого вартісній та соціально незручній дієті. Класичні гістологічні зміни, що включають гіперплазію крипт, сплощення чи атрофію ворсин та збільшення кількості інтраепітеліальних лімфоцитів було виявлено у 79% обстежених пацієнтів. В той же час генетичне дослідження використовується не з метою підтвердження діагнозу, а з метою виключення целіакії у пацієнтів, що вже дотримуються безглютенової дієти. Дітям не повинна призначатися безглютенова дієта без підтвердженого діагнозу
8. Алгоритм діагностики целіакії дозволяє виявити і підтвердити наявність даної патології, а також мінімізувати гіпо- та гіпердіагностику целіакії серед дитячого населення.
9. Немає.
10. Діти хворі на целіакію.
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. Романишин Я.Ю., Костюченко Л.В. (0322702191).

Реєстр. № 170/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ
ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ МИГДАЛИКІВ ТА АДЕНОЇДІВ.

2. НДР «Клініко-патогенетичні та психологічні особливості формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-профілактичних заходів», 0119U100944, 2019-2023 рр.
3. Педіатрія, Дитяча оториноларингологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 135462. МПК (2019.01) А61К 36/00, А61М 11/02 (2006.01), А6Ш 1/00, А61Р 11/02 (2006.01). Спосіб лікування хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів / Бекетова Г.В., Ткач Є.Ю., Ткач Ю.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика. - № u201904145; заявл. 18.04.2019; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.

6. Немає.
7. Спосіб лікування хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів включає вплив лікарського засобу на слизову оболонку глоткового мигдалику. Додатково перед введенням лікарського засобу виконують масаж паренхіми глоткових мигдаликів, далі здійснюють вплив лікарського засобу на лакунарні канали піднебінних мигдаликів шляхом введення його безпосередньо до осередку запалення паренхіми глоткового та піднебінних мигдаликів за допомогою пристрою для подання лікарського засобу у ротову порожнину, а саме шприца, у формі трубчастого порожнистого корпусу, один кінець якого придатний для сполучення з пристроєм для подання лікарського засобу, а інший кінець розташований під кутом а до повздовжньої осі корпусу у межах а=45-85°, після введення лікарського засобу здійснюють ендофарингіальний електрофорез піднебінних мигдаликів.
8. При застосуванні способу лікування хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів отримують таргетну та пролонговану дію на глотковий і піднебінний мигдалики, що дає більш швидке одужання та більш стійкий ефект від отриманого лікування.
9. Лікар-дитячий отоларинголог, лікар-педіатр, медсестра фізіотерапевтичного кабінету, пристрій для подання лікарського засобу у ротову порожнину (канюля для промивання лакун мигдаликів), одноразовий шприц, зонд-масажер для масажу паренхіми глоткового мигдалика, бальзам із сумішшю компонентів: екстракт софори, екстракт деревію, олія ялівцю, тощо, одноразовий оглядовий лор-набір, пристрій для ендофарингіального електрофорезу.
10. Гострі та рекурентні респіраторні вірусні інфекції на тлі хронічних захворювань мигдаликів та аденоїдів.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. ТОВ «Медичний центр «Хелсі Тонзілс». 2065, м. Київ, вул. Анни Ахматової, 30,
15. Бекетова Г.В., Ткач Є.Ю. (0980009608), Ткач Ю.М.

Реєстр. № 171/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ МИГДАЛИКІВ ТА АДЕНОЇДІВ.

2. НДР «Клініко-патогенетичні та психологічні особливості формування соматичної патології у дітей і підлітків та удосконалення лікувально-профілактичних заходів», 0119U100944, 2019-2023 рр.
3. Педіатрія, Дитяча оториноларингологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 135461. МПК (2019.01) А61К 36/00, А61М 11/02 (2006.01), А61Р 11/02 (2006.01). Спосіб профілактики хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів / Бекетова Г.В., Ткач Ю.Є., Ткач Ю.М.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. - № u201904144; заявл. 18.04.2019; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів включає вплив лікарського засобу на слизову оболонку глоткового мигдалику. Додатково перед введенням лікарського засобу виконують масаж паренхіми глоткових

мигдаликів, далі здійснюють вплив лікарського засобу на лакунарні канали піднебінних мигдаликів шляхом введення його безпосередньо до осередку запалення паренхіми глоткового та піднебінних мигдаликів за допомогою пристрою для подання лікарського засобу у ротову порожнину, а саме шприца, у формі трубчастого порожнистого корпусу, один кінець якого придатний для сполучення з пристроєм для подання лікарського засобу, а інший кінець розташований під кутом а до повздовжньої осі корпусу у межах а=45-85°, після введення лікарського засобу здійснюють ендофарингіальний електрофорез піднебінних мигдаликів.

8. При застосуванні способу отримують таргетну та пролонговану терапевтичну дію на глотковий і піднебінний мигдалики для більш ефективної профілактики хронічного захворювання мигдаликів та аденоїдів після застосування якої рідше виникають випадки захворювань мигдаликів та аденоїдів.
9. Лікар-дитячий отоларинголог, лікар-педіатр, медсестра фізіотерапевтичного кабінету, пристрій для подання лікарського засобу у ротову порожнину (канюля для промивання лакун мигдаликів), одноразовий шприц, зонд-масажер для масажу паренхіми глоткового мигдалика, бальзам із сумішшю компонентів: екстракт софори, екстракт деревію, олія ялівцю, тощо, одноразовий оглядовий лор-набір, пристрій для ендофарингіального електрофорезу.
10. Гострі та рекурентні респіраторні вірусні інфекції на тлі хронічних захворювань мигдаликів та аденоїдів.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. ТОВ «Медичний центр «Хелсі Тонзілс». 02065, м. Київ, вул. Анни Ахматової, 30.
15. Бекетова Г.В., Ткач Є.Ю. (0980009608), Ткач Ю.М.

Реєстр. № 172/6/19 1. СТОСІБ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ ТА ПРАВЦЯ У ДІТЕЙ З ВІЛ- ІНФЕКЦІЄЮ

2. НДР «Удосконалення підходів до імунопрофілактики інфекційних хвороб у дітей із первинними та вторинними імунодефіцитами», 0118U001137, 2018-2020 рр.
3. Педіатрія, інфекційні хвороби.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125123. МПК А61В 10/00. Спосіб імунопрофілактики дифтерії та правця у дітей з ВІЛ-інфекцією / Волоха А.П., Чернишова Л.І., Раус І.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. - № u201712760; заявл. 22.12.2017; опубл. 25.04.2018. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб імунопрофілактики дифтерії та правця у дітей з ВІЛ-інфекцією шляхом доповнення до загальноприйнятої схеми вакцинації. Призначають введення додаткової дози вакцини проти цих збудників в залежності від терміну початку антиретровірусної терапії. ВІЛ-інфікованим дітям з пізнім початком антиретровірусної терапії у віці >2 років призначають введення додаткової дози вакцини проти дифтерії і правця у віці 9-11 років.
8. Забезпечення більш надійного імунного захисту проти вакцин-керованих інфекцій - дифтерії та правця, на відміну із загальноприйнятої схеми вакцинації згідно з Національним календарем щеплень, що забезпечує рівень серопротекції до дифтерії у ВІЛ-інфікованих з пізнім початком АРТ на рівні лише 22,0%, правця на рівні лише 71,2 % дітей.

9. Штатні лікарі та середній медичний персонал (використовуються наявні кадрові ресурси, додаткових не передбачається), доза вакцини, що містить дифтерійний та правцевий анатоксини, ін'єкційний матеріал для проведення ін'єкцій та коробки безпечної утилізації (має бути укомплектований кабінет щеплень, де здійснюється рутинна імунізація).
10. Діти з ВІЛ-інфекцією з пізнім початком антиретровірусної терапії у віці >2 років.
11. Тяжка імуносупресія.
12. Зазначені в інструкції до вакцини, частота та ймовірність не відрізняються від випадків використання вакцинації при вакцинації за віком у відповідності до Календаря щеплень; для запобігання помилок необхідно чітко дотримуватись інструкції до використання вакцини.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Волоха А.П. (0442013204), Чернишова Л.І., Раус І.В.

Реєстр. № 173/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ, ІНДУКОВАНИМ HELICOBACTER PYLORI, ТА НЕДОСТАТНІМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІТАМІНОМ D.

2. НДР «Розробка методів діагностики та лікування соматичних та психосоматичних захворювань у дітей різного віку», 0117U002258, 2017-2020 рр.
3. Педіатрія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 140173. МПК A61K 31/00, A61P 1/04 (2006.1) . Спосіб лікування дітей із хронічним гастритом, індукованим Helicobacter pylori, та недостатнім забезпеченням вітаміном D / Лукашук В.Д., Єсипова С.І.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201907364; заявл. 02.07.2019; опубл. 10.02.2020. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Застосовується послідовна антихелікобактерна терапія на основі препарату вісмуту: в перші 5 днів двокомпонентна складова (препарат вісмуту + амоксицилін), в наступні 5 днів трикомпонентна складова; з подальшим проведенням трикомпонентної терапії (препарат вісмуту + амоксицилін + кларитроміцин) протягом 5 діб; тривалість курсу терапії - 10 днів. Антигелікобактерну терапію доцільно проводити диференційовано з урахуванням H. pylori CagA-статусу дитини та забезпечення її вітаміном D. Дітям зі зниженим забезпеченням або дефіцитом вітаміну D слід включати в якості ад'ювантної складової препарат вітаміну Д у добовій дозі 3000 МО впродовж двох тижнів до 10-денної послідовної АГБТ на основі препарату вісмуту, що підвищує ефективність ерадикації H. pylori.
8. Відмінною особливістю методу лікування є те, що запропонована схема базується на послідовній ерадикаційній терапії на основі препарату вісмуту з урахуванням забезпечення вітаміном D, що забезпечує, в порівнянні з іншими схемами, високий показник ерадикації H. pylori CagA з мінімальним побічним ефектом.
9. Амоксицилін, кларитроміцин, де-нол, препарат вітаміну D.
10. Хронічний гастрит, асоційований з H. pylori, у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії № 5, ДКЛ № 3. м. Київ, вул. Волинська, 21.
14. Немає.

15. Лукашук В.Д. (0672308424), Єсипова С І. (0681984101).

Реєстр. № 174/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА СИНДРОМУ АБДОМІНАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Ураження внутрішніх органів при інфекційних захворюваннях у дітей», 0117U000265, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія, дитячі інфекційні хвороби.
4. 3,D.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 130309. МПК A61B 8/00. Метод діагностики внутрішньочеревної гіпертензії при інфекційних захворюваннях у дітей / Крамарьов С.О., Євтушенко В.В.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201803242; заявл. 28.03.2018; опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Застосований спосіб діагностики підвищеного внутрішньочеревного тиску за допомогою дослідження параметрів гемодинаміки у нирковій та верхній брижовій артерії методом ультразвукової доплерографії. Для проведення дослідження застосовується апарат ультразвукової діагностики з можливістю дуплесного/триплексного сканування та імпульсно-хвильової доплерографії. Положення пацієнта під час дослідження - лежачи на спині. Сканування верхньої брижової артерії проводиться через передню черевну стінку, ниркових артерій - з правого та лівого фланків. Після візуалізації судини визначаються показники систолічної (V max) та діастолічної (V min) швидкостей кровотоку, розраховується індекс периферичного опору RI (RI=(Vmax-Vmin)/Vmax). Було виявлено, що швидкість кровотоку в нирковій та верхній брижовій артеріях знижується при зростанні внутрішньочеревного тиску.
8. На відміну від стандартної методики вимірювання внутрішньочеревного тиску в порожнині сечового міхура через встановлений катетер, спосіб, який пропонується, не потребує проведення маніпуляцій, які викликають фізичний та психологічний дискомфорт у дитини, та може проводитись без попередньої підготовки. Методика ультразвукової діагностики безпечна, не створює фізичний дискомфорт та може застосовуватись безпосередньо біля ліжка хворого. Проведення процедури вимірювання показників кровотоку займає незначний проміжок часу та не вимагає припинення інших лікувальних та діагностичних процедур, що є значною перевагою у відділеннях інтенсивного лікування. Інтерпретація результатів можлива одразу після реєстрації показників кровотоку та не вимагає додаткового програмного чи обчислювального обладнання. Вимірювання параметрів кровотоку в нирковій та верхній брижовій артерії може проводитись повторно, що дає можливість визначати динаміку патологічного процесу та оцінювати ефективність лікувальних заходів.
9. Кабінет ультразвукової діагностики, педіатричне відділення, дитяче інфекційне відділення, відділення інтенсивної терапії. Необхідне технічне обладнання: апарат ультразвукової діагностики з підтримкою ультразвукової доплерографії в імпульсно- хвильовому режимі.
10. Може використано для лікування хворих з інфекційними захворюваннями.
11. Немає.
12. Помилки при інтерпретації показників артеріального кровотоку в нирковій та верхній брижовій артерії можуть виникати у пацієнтів з недостатністю кровообігу.

13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра дитячих інфекційних хвороб, тел.(044) 483-74-62.
14. Немає.
15. Крамарьов С.О., Євтушенко В.В. (0675030446).

Реєстр. № 175/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 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, 2015-2019 рр.; НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічних захворювань, інвалідності та затримки розвитку», 0117U004538, 2017-1019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+;С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 127157. МПК (2006) A61B 5/00. Пристрій для транскутанної діагностики порушень моторно-евакуаторної функції кишечнику у новонароджених / Холод Д.А. - № u201712110; заявл. 08.12.2017; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених включає оцінку даних фоноентерографії, що проводиться з використанням пристрою для транскутанної діагностики порушень моторно- евакуаторної функції кишечнику у новонароджених. Поставлена задача вирішується шляхом використання пристрою для транскутанної діагностики порушень моторно- евакуаторної функції кишечнику у новонароджених, який відрізняється тим, що містить неонатальний стетоскоп лійкоподібної форми з гнучкою звукопровідною трубкою та вбудованим мікрофоном, що дозволяє оцінити виразність синдрому гастроінтестинальної недостатності за даними фоноентерографії за базовими та стимульованими ентеральним навантаженням показниками амплітуди та частоти звукових феноменів. У новонароджених діагностика синдрому гастроінтестинальної недостатності переважно проводиться на основі суб'єктивних клінічних критеріїв. Численні інструментальні методики оцінки синдрому гастроінтестинальної недостатності є громіздкими, високовартісними чи мають клінічні обмеження, а даний спосіб об'єктивізує діагностику даного синдром і може бути застосованим в клініках будь-якого рівня.
8. Спосіб підвищує ефективність діагностики синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених через об'єктивізацію її виразності за даними фоноентерографії. Позитивний ефект від використання корисної моделі полягає у досягнені показників чутливості 1,0 ум.од. і специфічностість 0,6 ум.од.
9. Пристрій для транскутанної діагностики порушень моторно-евакуаторної функції кишечнику у новонароджених.
10. Діагностика синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених.
11. Немає.
12. Ускладнень немає при використанні запропонованого способу діагностики синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедра анестезіології з інтенсивною терапією, кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією.36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології НАМН України ім. академіка О.М. Лук'янової».
15. Холод Д.А., Шкурупій Д.А. (0677247428), Похилько В.І., Знаменська Т.К., Воробйова О.В., Нікуліна Л.І.

Реєстр. № 176/6/19 1. СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З АСФІКСІЄЮ.

2. НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічних захворювань, інвалідності та затримки розвитку», 0117U004538, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+;С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 130500. МПК A61B 5/0402 (2006.1) , A61B 5/0476 (2006.01), A61B 5/0478 (2006.01). Спосіб диференціальної діагностики порушень серцевого ритму та провідності у доношених новонароджених з перинатальною асфіксією / Похилько В.І.,Соловйова Г.О., Ковальова О.М., Козакевия В.К., Фастовець М.М., Фесенко М.Є. - № u201806566; заявл. 11.06.2018, опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб диференціальної діагностики порушень серцевого ритму та провідності у доношених новонароджених з асфіксією надає можливість провести діагностику порушень серцевого ритму й субклінічної судомної активності впродовж доби у доношених новонароджених з асфіксією за допомогою одночасного запису холтеровською системою «Кардіотехника 04-8 М» ЕКГ та аЕЕГ - монітором церебральних функцій CFM-6000. Поставлена задача вирішується шляхом реєстрації біоелектричної активності серця й головного мозку на основі моніторингу добової ЕКГ та амплітудно-інтегральної електроенцефалограми (аЕЕГ), аналізу взаємовідношень між порушеннями серцевого ритму (провідності) за показниками варіабельності серцевого ритму (ВСР) та фонової електрокортикальної активності головного мозку за рахунок одночасного запису ЕКГ холтеровською системою «Кардіотехника 04-8 М» та аЕЕГ монітором церебральних функцій CFM-6000, а також розробки індивідуального плану катамнестичного спостереження.
8. Спосіб дає можливість покращити діагностики порушень серцевого ритму, провідності та субклінічної судомної активності у доношених новонароджених, які мали асфіксію при народженні, включає вивчення біоелектричної активності серця й головного мозку на основі моніторингу добової ЕКГ та амплітудно-інтегральної електроенцефалограми (аЕЕГ), аналізу взаємовідношень між порушеннями серцевого ритму (провідності) й показниками фонової електрокортикальної активності головного мозку, що здійснюється за допомогою трьохканальної холтеровськох системи «Кардіотехника 04-8 М» та аЕЕГ монітора церебральних функцій CFM-6000. Позитивний ефект від використання розробленого способу полягає у підвищенні ефективності діагностики порушення серцевого ритму та провідності і дозволяє обґрунтовувати напрямки терапевтичної корекції виявлених дизритмій у новонароджених з асфіксією, а також розробити індивідуальний план катамнестичного спостереження. Запропонована діагностична методика булла використана у 25 пацієнтам та дозволила своєчасно призначити етіотропну терапію та відповідний план катамнестичного спостереження.

9. Холтеровський апарат «Кардіотехника 04-8 М» та аЕЕГ монітор церебральних функцій CFM-6000.
10. Діагностика порушень серцевого ритму та провідності у новонароджених з асфіксією.
11. Немає.
12. Ускладнень немає при використанні запропонованої диференціальної діагностики порушень серцевого ритму та провідності у доношених новонароджених з асфіксією.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією.
14. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».
15. Знаменська Т.К., Похилько В.І. (0675307770), Ковальова О.М., Соловйова Г.О., Артьомова Н.С., Муратова О.В.

Реєстр. № 177/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.

2. НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічних захворювань, інвалідності та затримки розвитку», 0117U004538, 2017-1019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+;С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 130503. МПК (2018.01) A61B 5/00, A61B 5/0402 (2006.01), A61B 5/0476 (2006.01). Спосіб діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей / Похилько В.І.,Соловйова Г.О., Ковальова О.М., Цвіренко С.М., Калюжка О.О., Гасюк Н.В. - № u201806581; заявл. 11.06.2018, опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей надає можливість визначення сукупності показників патерну дихання, біоелектричної активності серця та головного мозку й базується на одночасному аналізі показників фонової електрокортикальної активності головного мозку, апное й порушень серцевого ритму (провідності) й відрізняється тим, що діагностика проводиться комплексно з використанням Холтерівського моніторування ЕКГ з аналізом варіабельності серцевого ритму, реєстрації реопневмограми та аЕЕГ моніторингу з використанням триканальної холтерівської системи «Кардіотехника 04-8 М» та монітора церебральних функцій CFM-6000. Поставлена задача вирішується шляхом визначення показників патерну дихання, біоелектричної активності серця і головного мозку та базується на одночасному аналізі респіраторних пауз, показників варіабельності серцевого ритму, фонової електрокортикальної активності головного мозку й відрізняється тим, що діагностика проводиться комплексно з використанням Холтерівського моніторування ЕКГ з аналізом варіабельності серцевого ритму, реєстрації реопневмограми та амплітудно-інтегрованої електроенцефалограми з використанням триканальної холтерівської системи «Кардіотехника 04-8 М» та монітора церебральних функцій CFM-6000 впродовж доби в фізіологічних умовах, не створюючи додаткових навантажень на пацієнта за допомогою електродів, які безпосередньо фіксуються на грудній клітці та голові новонародженої дитини.
8. Спосіб дає можливість провести диференційну діагностику пароксизмальних станів апное з судомною активністю головного мозку або дизритмій, визначитись у лікувальній тактиці - призначенні медикаментозної (протисудомної) терапії, в також більш швидкій диференціальній діагностиці пароксизмальних станів у передчасно

народжених дітей. Одночасний запис Холтерівського моніторування ЕКГ з РПГ та аЕЕГ може бути неінвазивним додатковим методом для об'єктивізації та конкретизації показань щодо призначення персоналізованої лікувальної тактики у недоношених новонароджених з перинатальною патологією. Позитивний ефект від використання розробленого способу полягає у більш швидкій диференціальній діагностиці пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей. Одночасний запис Холтерівського моніторування ЕКГ з РПГ та аЕЕГ може бути неінвазивним додатковим методом для об'єктивізації та конкретизації показань щодо призначення персоналізованої лікувальної тактики у недоношених новонароджених з перинатальною патологією. Запропонована діагностична методика була використана у 44 передчасно народжених новонароджених з апное. Ускладнення при використанні даного способу пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей не відмічалися.

9. Триканальна Холтерівська система «Кардіотехника 04-8 М» та монітор церебральних функцій CFM-6000.
10. Діагностика і пароксизмальні стани у передчасно народжених дітей.
11. Немає.
12. Ускладнень немає при використанні запропонованої моделі діагностики пароксизмальних станів у передчасно народжених дітей.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією.
14. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».
15. Знаменська Т.К., Похилько В.І. (0675307770), Ковальова О.М., Соловйова Г.О., Чернявська Ю.І., Слюсарева А.В.

Реєстр. № 178/6/19 1. ЗАСТОСУВАННЯ ПОВНОГО ЕКЗОМНОГО СЕКВЕНУВАННЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СТАТЕВОГО ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ.

2. НДР «Розлади статевого диференціювання в дітей. Оптимізація діагностики і медичного супроводу на різних рівнях медичної допомоги», 0117U003036.
3. Дитяча ендокринологія та генетика медична.
4. 1+,А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Порушення розвитку статі (ПРС) є групою патологічних станів, при якій існують розбіжності між хромосомною, гонадною та фенотиповою статтю. Розвиток статі у людини є складним процесом, що контролюється генетичними та гормональними чинниками. Успіхи застосування новітніх методів генетичної діагностики збільшують кількість пацієнтів, у яких виявляють етіологію порушення розвитку статі (ПРС) завдяки встановленню генетичної причини захворювання, проте певна частка хворих з ПРС все ще залишається без генетично підтвердженого діагнозу. Генетичне тестування визнано ключовим елементом при обстеженні хворих з підозрою на ПРС. Першою ланкою генетичного обстеження у осіб з ПРС є каріотипування із залученням за необхідності методу флюоресцентної гібридизації in situ (FiSH-метод). Детальний аналіз хромосом за допомогою методу порівняльної геномної гібридизації (array-based comparative genomic hybridization, aCGH) дозволяє ідентифікувати мікроделеції або мікродуплікації, які не можливо визначити за допомогою стандартного каріотипування. Традиційним методом молекулярно-генетичного обстеження осіб з ПРС вважають секвенування за Сангером, яке дозволяє проаналізувати мутації в лише одному гені. Натомість, застосування повного екзомного секвенування (Whole Exome Sequencing, WES) дає

змогу не тільки проаналізувати значно більшу кількість генів, але й виявити нові гени, що раніше не були описані як причина ПСР. WES - це метод секвенування білок-кодуючих ділянок (екзонів) геному людини, результати якого потім порівнюють з контрольними базами даних для виявлення можливих варіантів, що є причинами захворювання. Наразі відкрито вже понад 60 генів, що спричиняють ПРС і їх список постійно оновлюється. На сьогодні WES вважають одним з найефективніших методів для діагностики ПРС, який має бути впроваджений в рутинну діагностику у хворих з ПРС в Україні.

8. Розуміння генетичної природи захворювання у пацієнтів з ПРС завдяки застосуванню WES дозволяє проводити подальше медико-генетичне консультування щодо питань фертильності, клінічного менеджменту, ризику злоякісної трансформації гонад, інформації щодо ризиків повторного народження дитини з подібною патологією, тощо. Медичний: вставлення етіологічного діагнозу з наданням рекомендацій щодо доцільності і термінів проведення гонадектомії або інших реконструктивних операцій, прогнозування ризику злоякісної трансформації гонад, генетично обґрунтований вибір статі дитини за наявності геніталій невизначеного типу, обстеження органів-мішеней у випадку синдромального ПРС, визначення обсягів і термінів подальшого гормонального і інструментального обстежень, генетичне консультування членів сім'ї. Соціальний: адаптація і максимально можлива соціалізація дитини в визначеній статі, після обґрунтованої хірургічної та/або гормональної корекції статі, і у разі своєчасної діагностики - уникнення процедури зміни попередньо некоректно зареєстрованої громадянської статі дитини, поліпшення якості життя дитини і батьків. Економічний: незважаючи на високу вартість діагностики за допомогою WES економічний ефект досягається внаслідок зменшення необхідності перебування у лікувальних закладах, скорочення термінів перебування у стаціонарі, зменшення витрат на утримання ліжка, зменшення ризику злоякісної трансформації гонад (та витрат на їх лікування) завдяки вчасній обґрунтованій гонадектомії, запобігання можливим інвалідизуючим ускладненням, проявам тендерної дисфорії у майбутньому
9. Кадрові ресурси: лікар-генетик, генетик-технолог, біоінформатик. Інструментальне обладнання: оснащення для проведення WES.
10. Діти з порушенням статевого диференціювання.
11. Немає.
12. Однією з найбільших проблем WES є інтерпретація та звітність генетичних варіантів, у тому числі невизначених варіантів (variant of uncertain significance, VUS) або випадкових чи вторинних знахідок, що не пов'язані з первинним станом.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 01021 м. Київ, Кловський узвіз, 13 а.
14. Інститут Генетики людини ім. Луї Пастера, Франція.
15. Зелінська Н.Б. (0503552365), Глоба Є.В. (0685304041), Щербак Ю.О. (0679182709).

Реєстр. № 179/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією в сучасних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 129455. МПК G01N 33/48. Спосіб прогнозування перебігу гострого періоду інфекційного мононуклеозу у дітей / Гузь

О.В., Кузнєцов С.В., заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201806044; заявл. 31.05.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.

6. Спосіб прогнозування перебігу гострого періоду інфекційного мононуклеозу у дітей на основі врахування мікробної флори слизової оболонки носо- та ротоглотки. Method of method for predicting the course of the acute period of infectious mononucleosis in children on the basis of taking into account the microbial flora of the mucous membrane of the nasopharynx and oropharynx.
7. Спосіб прогнозування перебігу гострого періоду інфекційного мононуклеозу у дітей, який відрізняється тим, що додатково до відомого способу прогнозування тяжкості перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей беруть мазок з носо- та ротоглотки. Та при виявленні Streptococcus pyogenes прогнозують тяжкий перебіг гострого періоду інфекційного мононуклеозу.
8. Медична перевага - розширення знання з патогенезу інфекційного мононуклеозу у дітей, формування у них різних варіантів перебігу хвороби, що дозволить удосконалювати ранню діагностику і підвищити ефективність терапії. Соціальна - підвищення якості життя як самих хворих, так і їх родичів. Економічна - скорочення фінансових витрат шляхом запобігання розвитку небажаних результатів.
9. Реактиви для визначення Streptococcus pyogenes, лікар-лаборант.
10. Інфекційний мононуклеоз у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузнєцов С.В., Гузь О.В. (0950028637).

Реєстр. № 180/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЕШЕРИХІОЗ ТА ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН А-БАРР

2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією в сучасних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Дитячі інфекційні хвороби
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123597. МПК A61K 31/00, A61K 35/741, A61P 31/04. Спосіб лікування дітей раннього віку, хворих на ешерихіоз та інфікованих вірусом Епштейна-Барр / Ольховський Є.С., Кузнєцов С.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201711256; заявл. 17.11.2017; опубл. 26.02.2018. Бюл. № 4.
6. Спосіб лікування дітей раннього віку, хворих на ешерихіоз та інфікованих вірусом Епштейна-Барр, що включає додавання до комплексної терапії хворих рекомбінантного інтерферону альфа-2 і препаратів, що містять пробіотик із лактобактеріями, екстракт ростропши та джерело вітамінів групи В. The method of treatment of children with escherichiosis and infected with Epstein-Barr virus includes the use in the complex therapy of patients preparations with recombinant interferon alpha-2 and drugs containing a probiotic with lactobacillus, Rhizobium extract and source of vitamins of group B.
7. Спосіб лікування дітей раннього віку, хворих на ешерихіоз, який включає призначення лікарських засобів відповідно до затверджених діючих клінічних протоколів, який відрізняється тим, що дітям, хворим на ешерихіоз та інфікованим вірусом Епштейна-Барр, в гострому періоді додатково призначають препарати рекомбінантного інтерферону альфа-2 і пробіотика, що містить лактобактерії, екстракт розторопші та джерело вітамінів групи В.

8. Медичні - прискорення одужання дітей, хворих на ешерихіоз та інфікованих вірусом Епштейна-Барр, зниження ризику загострення хвороби. Соціальні - покращення якості життя у реконвалесцентів ешерихіозу та інфікованих вірусом Епштейна-Барр шляхом терапевтичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 483,0 грн. на лікування в стаціонарі одного хворого на ешерихіоз на добу за рахунок зменшення ліжко-днів на 8,6 %.
9. Автоматичний ІФА аналізатор для визначення антитіл до вірусу Епштейна-Барр у сироватці крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант, препарати рекомбінантного інтерферону альфа-2 і пробіотика, що містить лактобактерії, екстракт розторопші та джерело вітамінів групи В.
10. Ешерихіоз, Епштейна-Барр вірусна інфекція.
11. Індивідуальна непереносимість складових препаратів.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузнєцов С.В., Ольховський Є.С. (0973793452).

Реєстр. № 181/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією в сучасних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130770. МПК G01N 33/00. Спосіб ранньої діагностики варіантів перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей / Колесник Я.В., Кузнєцов С.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u2018 06535; заявл. 11.06.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Спосіб ранньої діагностики варіантів перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей шляхом оцінки змін основних показників цитокінової відповіді в сироватці крові хворих з наступним порівнянням їх з нормою. The method of early diagnosis of variants of the course of infectious mononucleosis in children by assessing changes in the main indicators of the cytokine response in serum of patients with subsequent comparison with the norm.
7. Для ранньої діагностики варіантів перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей вимірюють рівні інтерлейкіну-1р - ІЛ-1Р, інтерлейкіну-4 - ІЛ-4, фактора некрозу пухлин-а - ФНП-а в сироватці крові та гострий гладкий перебіг інфекційного мононуклеозу на першому тижні захворювання діагностують при рівні ІЛ-1р від 70 до 110 пг/л, рівні ФНП-а - від 60 до 100 пг/л та рівні ІЛ-4 від 20 до 30 пг/л; несприятливий перебіг хвороби діагностують при рівні ІЛ-1Р від 25 до 69 пг/л, рівні ФНП-а - від 20 до 59 пг/л і при рівні ІЛ-4 від 150 до 250 пг/л.
8. Медичні - розробка нових доступних та інформативних методів прогнозування перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей, теоретичне обґрунтування шляхів удосконалення терапії цих хворих та реабілітація реконвалесцентів. Соціальні - покращення якості життя хворого та його близьких шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на інфекційний мононуклеоз 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. Реактиви для визначення рівнів ІЛ-1Р, -4, ФНП-а у сироватці крові, пробірки- епіндорф, лікар-лаборант.

10. Інфекційний мононуклеоз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузнєцов С.В., Колесник ЯВ. (0509772082).

Реєстр. № 182/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ.

2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією в сучасних умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128862. МПК G01N 33/00, G01N 33/50. Спосіб ранньої діагностики варіантів перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей / Кузнєцов С.В., Колесник Я.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201804105; заявл. 16.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
6. Спосіб ранньої діагностики варіантів перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей шляхом аналізу клінічних проявів хвороби та оцінки рівня Ig M у сироватці крові хворих з наступним порівнянням його з нормою. The method of early diagnosis of variants of the course of infectious mononucleosis in children by analyzing the clinical manifestations of the disease and assessing the level of Ig M in the serum of patients with subsequent comparison with the norm.
7. Спосіб прогнозування перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей, який включає оцінку змін основних показників гуморального імунітету в сироватці крові, який відрізняється тим, що виявляють клінічні прояви хвороби та вимірюють рівень імуноглобуліну М - IgM в сироватці крові, при цьому несприятливий перебіг інфекційного мононуклеозу на ранніх етапах маніфестації захворювання діагностують при генералізованій лімфаденопатії з залученням до процесу 5 -6 груп лімфатичних вузлів, з переважною реакцією підщелепних лімфатичних утворень розміром від 3 см до 4,5 см та задньо-шийних - від 1,5 до 2,5 см, гнійному тонзиліті, вираженому збільшенні розмірів печінки від 3,5 см до 5 см і селезінки - від 2,8 см до 3,5 см та рівні IgM у сироватці крові хворих від 2,0 до 4 г/л; гострий гладкий перебіг захворювання діагностують при переважному збільшенні 2 груп лімфатичних вузлів, а саме - підщелепних лімфатичних утворень від 1,5 до 3 см та задньо-шийних - від 0,5 до 1,5 см, збільшенні розмірів печінки від 2 см до 3,5 см, селезінки - від 1 до 2,8 см та рівні IgM у сироватці крові хворих від 1,05 до 1,9 г/л.
8. Медичні - розробка нових доступних та інформативних методів прогнозування перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей, теоретичне обґрунтування шляхів удосконалення терапії цих хворих та реабілітація реконвалесцентів. Соціальні - покращення якості життя хворого та його близьких шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на інфекційний мононуклеоз 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. Реактиви для визначення Ig M у сироватці крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Інфекційний мононуклеоз.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузнєцов С.В., Вовк Т.Г., Колесник Я.В. (0509772082).

Реєстр. № 183/6/19 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 умовах», 0118U000925, 2017-2019 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118517. 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. - № а201710781; заявл. 06.11.2017; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
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. These 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 визначаються 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.
9. Визначення рівнів загальних фосфоліпідів за допомогою спектрофотометричного метода, шляхом тонкошарової хроматографії за стандартними методиками в конденсаті повітря, що видихається.
10. Повторні епізоди бронхообструктивного синдрому у дітей до 6 років.
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. № 184/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СКЛЕРОЗУВАННЯ НИРКОВОЇ ПАРЕНХІМИ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 7 ДО 15 РОКІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ ТА ВЕЗИКО-УРЕТЕРАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС.

2. НДР «Оптимізація діагностики і профілактики хронізації мікробно-запальних

захворювань сечовивідної системи та прогресування нефропатій у дітей керуванням взаємодією макро- та мікроорганізмів», 0118U000945, 2018-2020 рр.

3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 132900. МПК A61B 8/00, A61B 5/00. Спосіб діагностики склерозування ниркової паренхіми у дітей віком від 7 до 15 років, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс / Макєєва Н.І., Морозова О.О., Головачова В.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201811114; заявл. 12.11.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Спосіб діагностики склерозування ниркової паренхіми у дітей віком від 7 до 15 років, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс, що включає дослідження параметрів ниркової гемодинаміки, зокрема максимальної систолічної швидкості кровотоку та кінцевої діастолічної швидкості кровотоку, з наступним порівнянням їх з параметрами дітей, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретральний рефлюкс, та оцінкою наявності склерозування ниркової паренхіми. The method of diagnostics of sclerosis of renal parenchyma in children aged 7 to 15 years with chronic pyelonephritis and vesico-ureteral reflux. This method includes study of renal hemodynamics parameters, such as level of maximal systolic blood flow velocity and ultimate diastolic blood flow velocity, with the following comparison with these parameters in children with chronic pyelonephritis and vesico-urethral reflux and assessment of the presence of sclerosis of renal parenchyma.
7. Спосіб діагностики склерозування ниркової паренхіми у дітей віком від 7 до 15 років, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс, який відрізняється тим, що за допомогою допплерографії магістральних ниркових судин визначають параметри ниркової гемодинаміки: максимальну систолічну швидкість кровотоку (Vmax) та кінцеву діастолічну швидкості кровотоку (Vmin). При рівні Vmax нижче ніж 74,32 см/с та при рівні Vmin нижче ніж 23,9 см/с діагностують розвиток склерозування ниркової паренхіми.
8. Медичні - підвищення точності діагностики склерозування ниркової паренхіми у дітей віком від 7 до 15 років, хворих на хронічний пієлонефрит та везико- уретеральний рефлюкс. Соціальні - покращення якості життя у дітей, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс, шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування дітей, хворих на хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс, 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. Апарат ультразвукової діагностики з використанням допплерографії судин нирок, конвексний датчик 3,5 мГц СЯ 60, лікар ультразвукової діагностики.
10. Хронічний пієлонефрит та везико-уретеральний рефлюкс у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Макєєва Н.І., Морозова О.О., Головачова В.О. (0667680868).

РЕВМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 185/6/19

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 № 129479. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806434; заявл. 08.06.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст остеокальцину, гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677-ТТ і вмісті остеокальцину <12 нг/мл, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів остеокальцину, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 186/6/19 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 № 130775. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806547; заявл. 11.06.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст С-кінцевого пропептиду колагену І типу (CICP), гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677 -ТТ і вмісті CICP <102 нг/мл, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.

8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів СІСР, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 187/6/19 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 № 130208. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806607; заявл. 12.06.2018; опубл. 26.11.2018. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст піридиноліну, гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, рівнях піридиноліну >8 нг/мл, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів піридиноліну, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 188/6/19

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 № 131159. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806613; заявл. 12.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
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, гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, рівнях оксипроліну >15 мкмоль/л, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів оксипроліну, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 189/6/19 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 № 131167. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806706; заявл. 14.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
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 матриксного протеїну (COMP) та гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 786-СС, рівнях COMP >595 нг/мл, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.

9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів хрящового олігомерного матриксного протеїну, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 190/6/19 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 № 130224. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806739; заявл. 14.06.2018; опубл. 26.11.2018. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст глікозаміногліканів (ГАГ) та гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, рівнях ГАГ >28 мкмоль/л, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів глікозаміногліканів, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 191/6/19

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 № 130814. МПК G01N 33/50 (2006/01). Спосіб прогнозування розвитку остеоартрозу / 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. - № u201806796; заявл. 15.06.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст трансформуючого фактору росту бета 1 (ТФР-Р1) та гомоцистеїну, і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, рівнях ТФР-Р1 <14 нг/мл, гомоцистеїну >20 мкмоль/л прогнозують розвиток остеоартрозу
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів трансформуючого фактору росту бета 1, гомоцистеїну у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 192/6/19 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 № 137769. 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. - № u201903298; заявл. 01.04.2019; опубл. 11.11.2019. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. У хворих на ревматоїдний артрит в сироватці крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції визначають поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR C677T), імуноферментним методом - вміст тромбомодуліну і трансформуючого фактору росту бета 1 (ТФР-Р1), і при гомозиготному носійстві 677-ТТ, рівнях тромбомодуліну >5 нг/мл, ТФР-Р1 <14 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу

8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів тромбомодуліну і трансформуючого фактору росту бета 1 у відповідності до інструкцій фірми- виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І., Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 193/6/19 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 № 137818. 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. - № u201903621; заявл. 09.04.2019; опубл. 11.11.2019. Бюл. № 21.
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 тромбомодуліну та фолієвої кислоти, і при гомозиготному носійстві 786-СС, рівнях тромбомодуліну >5 нг/мл, фолієвої кислоти <6 нг/мл прогнозують розвиток остеоартрозу.
8. Покращення діагностики і лікування хворих на ревматоїдний артрит.
9. Лабораторія і реактиви для виконання полімеразної ланцюгової реакції. Стандартні набори для визначення на імуноферментному аналізаторі рівнів тромбомодуліну і фолієвої кислоти у відповідності до інструкцій фірми-виробника.
10. Прогнозування розвитку остеоартрозу у хворих на ревматоїдний артрит в ранні терміни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідшстю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104.
14. Немає.
15. Шевчук В.І., Шевчук С.В. (0432521269), Безсмертний Ю.О., Безсмертна Г.В.

Реєстр. № 194/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРУРИКЕ- МІЄЮ.
2. НДР «Вивчення впливу супутньої патології на перебіг остеоартрозу та підбір відповідно оптимальної його терапії», 0118U100363, 2019-2023 рр.
3. Ревматологія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 13088. МПК (2018.01) G01N 33/50 (2006.1), A61K 31/00, A61K 31/726 (2006.01), A61P 19/00 Спосіб лікування остеоартрозу у поєднанні з гіперурикемією / Шуба Н.М., Воронова Т.Д., Крилова А.С.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. - № u 201807750; заявл.10.07.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Удосконалення способу лікування пацієнтів з гіперурикемією, що страждають на остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів. Поставлене завдання вирішують створенням способу підвищення ефективності лікування симптоматичними препаратам повільної дії остеоартрозу з супутньою гіперурикемією, що включає традиційне комплексне клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження, а також лікування симптоматичними препаратам повільної дії, і згідно корисної моделі, визначають рівень сечової кислоти, в залежності від якого, призначають хондроїтин сульфат 500 мг двічі на добу протягом 6 місяців як монотерапію, а при супутній гіперурикемії - комбінацію хондроїтин сульфат з калій-натрій-гідроцитратним комплексом або терапію діацереїном 50 мг двічі на добу протягом 6 місяців, який здатний впливати на рівень сечової кислоти.
8. Медична ефективність: більш значиме відновлення функції суглобів та поліпшення якості життя у хворих на остеоартроз та гіперурикемію за рахунок вираженої протизапальної та структурно-модифікуючої дії діацереїну та зниження рівня сечової кислоти сироватки крові. Соціальна ефективність: зменшення ризику інвалідизації внаслідок прогресування та ускладнень остеоартрозу, зниження показників непрацездатності, скорочення перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні. Економічна ефективність: скорочення собівартості лікування за рахунок попередження витрат на передчасне ендопротезування суглобів.
9. Діюча речовина хондроїтин сульфат, діюча речовина калій-натрій-гідроцитратний комплекс, діюча речовина діацереїн.
10. Остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів з гіперурикемією.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Шуба Н.М., Воронова Т.Д., Крилова А С. (0444086224).

Реєстр. № 195/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОГО СИСТЕМНОГО НЕКРОТИЗИВНОГО ВАСКУЛІТУ.
2. НДР «Удосконалення діагностики, прогнозування перебігу та лікування системних ревматичних захворювань на основі вивчення патогенетичної ролі імунобіохімічних маркерів запалення та ураження судинної стінки», 0115U000909, 2015-2017 рр.
3. Ревматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 118158. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб діагностики первинного системного некротизивного васкуліту / Яременко О.Б.,

Петелицька Л.Б.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201701185; заявл. 09.02.2017; опубл. 25.07.2017. Бюл. № 14.

6. Немає.
7. Спосіб діагностики первинного системного некротизивного васкуліту включає визначення сироваткового рівня альфа-актину-2 і при його рівні >85,8 нг/мл діагностують первинний системний некротизивний васкуліт.
8. Запропонований спосіб дає можливість проведення діагностики первинних системних некротизивних васкулітів за результатами визначення сироваткового рівня альфа-актину-2. Рівень діагностичної значущості альфа-актину-2 суттєво перевищує інформативність прототипу - визначення антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл за показником специфічності (84 проти 75%) при близьких значеннях показника чутливості. Використання пропонованого способу дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики первинного системного некротизивного васкуліту та, як наслідок, забезпечити своєчасне лікування цієї групи захворювань.
9. Імунобіохімічна лабораторія.
10. Діагностика первинного системного некротизивного васкуліту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра внутрішньої медицини № 3. м. Київ, вул. П. Запорожця, 26.
14. Київська міська клінічна лікарня № 3, тел. (044) 540-96-91.
15. Яременко О.Б. (0445409691), Петелицька Л.Б. (0671660293).

СТОМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 196/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРИШИЙКОВОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ.
2. НДР «Етіопатогенез пришийкових уражень твердих тканин зубів та принципи їх комплексної діагностики, лікування і профілактики», 0116U004060.
3. Стоматологія.
4. 1++,А.
5. Немає.
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 використання фарбуючих речовин.
8. Медичні переваги: стабілізація каріозної патології і підвищення ефективності її лікування, в середньому на 10,66% частіше в порівнянні з препаруванням пришийкового карієсу за класичними принципами. Мінімізація об’єму та травматизму стоматологічних втручань в амбулаторних умовах. Соціальні переваги - збереження соціальної активності пацієнтів під час та після амбулаторного прийому у лікаря-стоматолога за рахунок зменшення ускладнень та попередження прогресування каріозної патології твердих тканин зубів. Економічні переваги - підвищення якості лікування пришийкового карієсу твердих тканин зубів, що

скоротить рецидиви захворювання, збільшить термін служби реставрацій. Це призведе до зменшення витрат на лікування і диспансеризацію пацієнтів з пришийковим карієсом твердих тканин зубів.

9. Лікар-стоматолог, стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Пришийковий карієс твердих тканин зубів.
11. Індивідуальна непереносимість препаратів.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
14. Немає.
15. Ярова С.П., Заболотна І.І. (0958916707), Юрін С.Є., Новикова О.М.

Реєстр. № 197/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ШИЇ В СТАДІЇ ПРОЛІФЕРАЦІЇ.

2. НДР «Комплексне лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки за умов впливу на перебіг репаративних процесів», 0117U000398.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 1+,А.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 133680. МПК А61К 35/00, А61Р 17/00. Спосіб лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та шиї в стадії проліферації / Маланчук В.О., Сидоряко А.В.; заявники та патентовласники: НМУ імені О.О. Богомольця; ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201806935; заявл. 20.06.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та шиї в стадії проліферації шляхом використання тромбоцитарної аутоплазми як регенеруючого засобу, який володіє додатковим репаративним та проліферативним ефектом, що забезпечить підвищення швидкості та покращення якості регенеративного процесу, скорочення термінів загоювання рани. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який полягає у призначенні регенеруючого засобу, новим є те, що як регенеруючий засіб з додатковою репаративною та проліферативною дією використовують тромбоцитарну аутоплазму, вводячи її у підшкірно-жировий шар в ділянці післяопераційної рани один раз на добу через день до повного загоювання рани. Причинно-наслідковий зв’язок між сукупністю ознак, що заявляються, та результатом полягають у такому. До рани за пропонованим способом вводять аутоплазму після спеціальної обробки (відокремлення тромбоцитів від формених елементів крові). Після такої обробки кількість тромбоцитів знаходиться майже на тому ж рівні, що і в периферичної крові, еритроцити відсутні; при взаємодії збагаченої плазми з пластами клітин, що вистилають кровоносні судини, виділяються особливі компоненти. Альфа-гранули, які після введення проникають в пошкоджені місця, насичують клітини факторами зростання; результат - активізація процесу відновлення, помітний ефект через мінімальний проміжок часу. Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень. Спосіб здійснюють таким чином. Першим етапом лікування проводять розтин інфільтрату, пальцеву ревізію рани. Дренують рану, призначають традиційне лікування. При переході запального процесу до третьої (репаративної) фази загоювання застосовують пропонований спосіб. Проводять забір венозної крові з периферичного венозного русла об’ємом від 20 до 30 мл у спеціальні стерильні

пробірки з антикогулятивним гелевим наповнювачем. Розділяють кров на фракції у центрифузі при швидкості 3000 об/хв. протягом 15 хвилин. Набирають у шприц з пробірки верхній та середній шари, не чіпаючи формених елементів, які після розподілу залишаються на дні пробірки. Вміст шприца вводять у рану по її полюсам в підшкірно-жировий шар. При великому розмірі рани проводять ін'єкції у декількох місцях. Ін'єкції проводять один раз на добу через день, до повного загоювання рани.

8. Медична ефективність: Вищезазначений спосіб введення анестетику дозволяє: 1) забезпечити підвищення регенеративної властивості тканин ранових порожнин після розкриття флегмон; 2) прискорити перехід від III до IУ фази загоювання рани при запальному процесі. 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 введення аутоплазми збагаченої тромбоцитами дозволить скоротити час перебування у відділенні інтенсивної терапії та зменшити собівартість лікування.
9. Набір пробірок з жароміцного скла з гелевим наповнювачем, спеціалізована центрифуга.
10. Гнійні рани запального генезу на етапі репарації.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-01-92.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. 01601, м. Київ, бул. Тараса Шевченко, 13.
15. Маланчук В.О., Сидоряко А.В. (0958800709).

Реєстр. № 198/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ДИНАМІКИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

2. НДР «Комплексне лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки за умов впливу на перебіг репаративних процесів», 0117U000398, 2015-2020 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 1+,А.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 135040. МПК (2019.01) А61В 5/00, А61В 5/103 (2006.01). Спосіб оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки / Маланчук В.О., Сидоряко А.В.; заявники та патентовласники: НМУ ім. О.О. Богомольця, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».- № u201900530; заявл. 18.01.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки шляхом контролю динаміки змін ознак запалення за допомогою вимірювань, що забезпечить спрощення контролю при збереженні достовірності результатів, а також можливість проводити вчасну корекцію тактики лікування у таких пацієнтів. Поставлена задача вирішується тим, що у способі оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки, який полягає у визначенні виразності об'єктивних критеріїв тяжкості місцевого процесу, новим є те, що у хворого визначають крайні точки на протилежних межах здорових тканин та

інфільтрату, вимірюють за допомогою курвіметру відстань між цими точками до операції(вважаємо вимірюванням першої доби), потім на 3,5,7 добу після операції, та за отриманими величинами поетапно на 1, 3, 5, 7 добу будують криві змін цієї відстані, порівнюють їх з кривою норми при неускладненому протіканні процесу. Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та результатом полягають у такому. Запропонований спосіб є простим, достовірним і не потребує коштовного обладнання, багато часу на проведення дослідження або довгого очікування результату. Можливо спрогнозувати розвиток захворювання тільки по клінічним вимірам об'єму запалення, та вчасно і адекватно реагувати на відхилення кривої, проводити мотивовані додаткові оперативні втручання. Спосіб здійснюють таким чином. У хворого перед хірургічним втручанням визначають крайні точки на протилежних межах здорових тканин та інфільтрату, відмічають їх хірургічним маркером, та вимірюють відстань між цими точками у всіх групах за допомогою курвіметру до операції (вважаємо за 1 добу), потім на 3, 5, 7 добу після операції. Отримані величини вносять на графік та поетапно на 1, 3, 5, 7 добу будують криву протікання запального процесу у конкретного пацієнта. Крива порівняння відображає розвиток запального процесу в позитивну чи негативну сторону. Далі отримані результати у конкретного пацієнта порівнюють з даними середньої величини розповсюдження запального процесу в групі при неускладненому протіканню, а саме, дві криві наносять на один графік. З отриманих результатів можливо оцінити ефективність лікування конкретного хворого та спрогнозувати можливий розвиток запального процесу та не втрачаючи часу відреагувати на ускладнення запального процесу, при цьому, розвиток ускладнень діагностують при відхиленні кривої більше чим на 5-8 см в сторону збільшення.

8. Медична ефективність: Вищезазначений спосіб введення анестетику дозволяє:

1) забезпечення спрощення контролю при збереженні достовірності результатів; 2) можливість проводити вчасну корекцію тактики лікування у пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. 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 оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки дозволить скоротити час перебування у відділенні хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії та зменшити собівартість лікування.

9. Набір для вимірювання (курвіметр).
10. Лікування хворих до та після операцій з приводу запальних захворювань щелепно- лицевої ділянки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38, факс (061) 279-01-92.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. 01601, м. Київ, бул. Тараса Шевченко, 13.
15. Маланчук В.О., Сидоряко А.В. (0958800709).

Реєстр. № 199/6/19

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ПІДЛІТКІВ.

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 № 132444. МПК A61K 35/741 (2015.01), A61K 36/00, A61K 31/00, A61P 1/00. Спосіб комплексного лікування катарального гінгівіту у підлітків / Лісецька І.С., Рожко М.М. - № u201809775; заявл. 01.10.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування катарального гінгівіту у підлітків, що перебігає на тлі хронічного гастродуоденіту, включає використання для загального лікування пробіотка ЙОГУРТ по 1-2 капсули 3 рази на день, під час їди курсом - 25-30 днів. Для місцевої терапії застосовують комбінований рослинний протимікробний препарат Стоматофіт у вигляді полоскань 15 % водним розчином порожнини рота 34 рази на день, розсмоктування по 1 пастилці після чистки зубів пробіотику «Біогая Продентіс» курсом 25-30 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 дію і впливає на мікробний фактор, знижує або ліквідовує запальний процес у пародонті, має регенераційну дію, дозволяє досягти стійкої ремісії.
9. Протимікробний препарат «Стоматофіт», пробіотик «Біогая Продентіс», 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. (0679275100).

Реєстр. № 200/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТУВАННЯ ВНУТРІШНЬОКОРОНКОВОЇ ДЕСТРУКЦІЇ ДЕНТИНУ.

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 № 136835. МПК A61B 6/00, A61B 6/14 (2006.01). Спосіб діагностування внутрішньокоронкової деструкції дентину / Хабчук В.С., Рожко М.М. - № u201902373; заявл. 11.03.2019; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб поетапної оцінки результатів рентгенологічної діагностики та вибору методу лікування внутрішньокоронкової деструкції дентину включає проведення ортопантомографічного дослідження щелепно-лицевої ділянки, отримання цифрового знімку зубо-щелепового апарату у форматі *.jpeg та збереження отриманого цифрового знімку у пам’яті комп’ютера. Потім цифровий знімок експортують у програмне забезпечення GIMP 2.10.8, в якому за допомогою функції

«Яскравість-Контраст» збільшують контраст знімку у чотири рази, візуально ідентифікують на контрастованому знімку видимі ділянками змін щільності в структурі дентину при збереженні рентгенологічної цілісності структури емалі, сегментують цілісний контрастований знімок для отримання окремих зображень зубів і на кожному відібраному сегментованому зображенні за допомогою інструменту «Виділення» визначають середню щільність в умовних одиницях усієї візуально ідентифікованої області деструктивних змін в структурі дентину зуба та візуально інтактної ділянки дентину. Обрахунок коефіцієнта різниці щільності ураженої та оточуючої інтактної ділянок дентину за формулою: КДЩ=Щі/Щд, де КДЩ - коефіцієнт різниці щільності ураженої та оточуючої її інтактної ділянок дентину, Щі - показник середньої щільності в умовних одиницях інтактної ділянки дентину, яка оточує область деструкції, що був зареєстрований при аналізі сегментованого зображення зуба у програмному GIMP 2.10.8 за допомогою функції «Виділення», Щд - показник середньої щільності в умовних одиницях ділянки деструкції дентину, який був зареєстрований при аналізі сегментованого зображення зуба у програмному GIMP 2.10.8 за допомогою функції «Виділення». Після чого при величині показника коефіцієнта різниці щільності понад 4, роблять висновок про наявність виражених необоротних деструктивних змін в структурі дентину зуба при збереженні рентгенологічно інтактного контуру емалі та потребу проведення інвазійного втручання із некректомією усієї області деструкції круглим бором та подальшим виповненням сформованої порожнини фотополімерним композитним матеріалом, а при показнику коефіцієнта різниці щільності менше 4, роблять висновок про наявність виражених частково оборотних деструктивних змін в структурі дентину зуба при збереженні рентгенологічно інтактного контуру емалі та потребу проведення неінвазійного втручання із реалізацією ремінералізуючих заходів та подальшим повторним проведенням рентгенологічної діагностики проблемного зуба через місяць після аплікацій ремінералізуючих засобів.

8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу ефективність запропонованого способу діагностики внутрішньокоронкової деструкції дентину, оскільки його застосування дозволяє підвищити діагностичну значимість цифрових ортопантомограм з метою виявлення внутрішньокоронкової деструкції дентину, сприяє покращенню рівня надання терапевтичної стоматологічної допомоги населенню та підвищенню якості лікування патологій твердих тканин зубів в цілому.
9. Апарат-ортопантомограф, персональний комп’ютер, програмне забезпечення GIMP 2.10.8.
10. Лікування карієсу постійних зубів у дітей, ендогенна профілактика карієсу зубів. Лікування внутрішньокоронкової деструкції дентину.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування ортопантомографії.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Хабчук В.С., Рожко М.М. (0955601433).

Реєстр. № 201/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ХІМІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ РАЙОНАХ.

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 № 137155. МПК А61К 31/00, А61К 33/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування та профілактики карієсу постійних зубів у дітей, які проживають у хімічно забруднених районах / Аваков В.В., Рожко М.М., Костюк І.Р., Октисюк Ю.В. - № u201902590; заявл. 18.03.2019; опубл. 10.10.2019. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування та профілактики карієсу постійних зубів у дітей, які проживають у хімічно забруднених районах, здійснюється таким чином: попередньо проводиться професійна гігієна ротової порожнини, бесіда з батьками, навчання дітей правил гігієнічного догляду за порожниною рота з двократним контролем правильності виконання отриманих навиків протягом всього дослідження. Далі місцево застосовуються адгезивні системи V-VII покоління у комбінації з препаратом для глибокого фторування «Глуфторед», а у якості загального лікування - комбінація сорбенту «Полісорб МП» та вітамінно-мультиелементного комплексу «Мультитабс джуніор».
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність запропонованого способу комплексного лікування та профілактики карієсу постійних зубів у дітей, що проживають на територіях із техногенним забрудненням, оскільки він дозволяє знизити приріст інтенсивності карієсу у дослідних групах, а позитивний вплив цього лікувально-профілактичного способу підтверджується динамікою клінічних, біофізичних та статистичних показників у дослідних групах у дітей віком 12 та 15 років.
9. Стоматологічний комплект «Глуфторед», «Полісорб МП», «Мультитабс джуніор».
10. Лікування карієсу постійних зубів у дітей, ендогенна профілактика карієсу зубів.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Аваков В.В., Рожко М.М., Костюк І.Р., Октисюк Ю.В. (0508408689), (0971566898).

Реєстр. № 202/6/19 1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ХІМІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ РАЙОНАХ.

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 № 137156. МПК А61К 33/06 (2006.01), А61К 33/16 (2006.01), А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб місцевого лікування твердих тканин постійних зубів у дітей, які проживають у хімічно забруднених районах / Аваков В.В., Рожко М.М., Костюк І.Р., Лабій Ю.А., Черепюк О.М., Бабенко А.Д. - № u201902591; заявл. 18.03.2019; опубл. 10.10.2019. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб місцевого лікування твердих тканин постійних зубів у дітей, які проживають у хімічно забруднених районах, здійснюється таким чином: попередньо проводиться професійна гігієна ротової порожнини, бесіда з батьками, навчання дітей правил гігієнічного догляду за порожниною рота з двократним контролем правильності виконання отриманих навиків протягом всього дослідження. При лікуванні карієсу

постійних зубів перед нанесенням адгезивних систем V-VII покоління проводиться обробка твердих тканин зубів препаратом для глибокого фторування «Глуфторед» у послідовності «суспензія - рідина - суспензія».

8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу місцевого лікування твердих тканин постійних зубів у дітей, які проживають у хімічно забруднених районах, оскільки він сприяє тому, що протягом тривалого часу після лікування (більше 1 року) виділяється фтор, який сприяє ремінералізації та запобігає ускладненню карієсу, не впливаючи на морфологію адгезії адгезивних систем та, як наслідок, на якість проведених реставрацій зубів.
9. Стоматологічний комплект «Глуфторед», адгезивні системи V-VII покоління.
10. Лікування карієсу постійних зубів у дітей.
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій до застосування вказаних препаратів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Аваков В.В., Рожко М.М., Костюк І.Р., Лабій Ю.А., Черепюк О.М., Бабенко А.Д. (0508408689), (0971566898).

Реєстр. № 203/6/19 1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.

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 № 136159. МПК A61K 6/00, A61K 31/00, A61K 33/00, A61Q 11/00, A61P 1/02 (2006.01). Спосіб місцевого лікування і профілактики ускладнень системної гіпоплазії емалі зубів в осіб молодого віку / Кушніренко М.О., Мельничук Г.М., Літинська О.В., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І. - № u201901306; заявл. 08.02.2019; опубл. 12.08.2019. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Спосіб місцевого лікування і профілактики ускладнень системної гіпоплазії емалі зубів в осіб молодого віку, здійснюється таким чином: після санації і професійної гігієни ротової порожнини проводиться насичення твердих тканин зубів фтором за допомогою препарату «Ftorcalcit-E» шляхом послідовного нанесення рідини № 1, а потім рідини № 2 на поверхні всіх зубів (двічі, з інтервалом у 2 тижні), після чого додатково тканини насичують сполуками кальцію, фосфору і фтору за допомогою аплікацій крему «GC MI Paste Plus» (1 раз на день протягом 7 днів).
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу місцевого лікування і профілактики системної гіпоплазії емалі зубів, 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 препарат «Ftorcalcit-E», аплікаційний крем «GC MI Paste Plus».
10. Екзогенне лікування і профілактика ускладнень системної гіпоплазії емалі 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. Кушніренко М.О. 0503735617), (0632813793), Мельничук Г.М., Літинська О.В., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І.

Реєстр. № 204/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ.

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 № 136418. МПК A61K 6/00, A61K 31/00, A61K 33/00, A61Q 11/00, A61P 1/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування і профілактики ускладнень системної гіпоплазії емалі зубів / Кушніренко М.О., Мельничук Г.М., Літинська О.В., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І. - № a201902401; заявл. 11.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування і профілактики ускладнень системної гіпоплазії емалі зубів, здійснюється таким чином: після санації і професійної гігієни ротової порожнини одночасно з місцевими лікувально-профілактичними заходами: покриттям поверхонь усіх зубів комплектом «Ftorcalcit-E» шляхом послідовного нанесення рідини № 1, а потім рідини № 2 на поверхні всіх зубів (двічі, з інтервалом у 2 тижні), насичення тканин сполуками кальцію, фосфору і фтору за допомогою аплікацій крему «GC MI Paste Plus» (1 раз на день протягом 7 днів) проводиться ендогенно лікувально-профілактична дія - прийом вітамінно-мінерального препарату «Супервіт» по 1 таблетці 1 раз на добу курсом 1 місяць.
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високу клінічну ефективність нашого способу місцевого лікування і профілактики системної гіпоплазії емалі зубів, який дозволяє наситити тканини зубів сполуками фтору, фосфору та кальцію, справляючи ремінералізуючу дію, та негативно впливає на карієсогенні бактерії завдяки протимікробній дії фтору та відновленню дефіциту вітамінів і мінералів як у ротовій порожнині, так і в організмі загалом.
9. Стоматологічний препарат «Ftorcalcit-E», аплікаційний крем «GC MI Paste Plus», вітамінно-мінеральний препарат «Супервіт».
10. Екзогенне та ендогенне лікування і профілактика ускладнень системної гіпоплазії емалі 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. Кушніренко М.О. (0503735617), (0632813793), Мельничук Г.М., Літинська О.В., Хомик М.І., Кашівська Р.С., Мельничук А.С., Ваньчак М.І.

Реєстр. № 205/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.

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 № 136648. МПК A61K 6/00, A61K 35/00, A61P 1/02 (2006.01). Спосіб комплексної профілактики карієсу зубів у дітей дошкільного віку / Черепюк О.М., Рожко М.М., Октисюк Ю.В., Аваков В.В. - № u201902727; заявл. 20.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики карієсу зубів у дітей дошкільного віку, що включає глибоке фторування твердих тканин зубів препаратом для глибокого фторування «Глуфторед» (ВладМива, Росія), герметизацію фісур із використанням герметика «Fissurit FX», та ендогенним призначенням порошку морської капусти. Дітям із високим і дуже високим рівнем інтенсивності карієсу у профілактичну схему включається прийом препарату «Імунал». Додатково, для гігієнічного догляду за ротовою порожниною дітям із високим та дуже високим рівнем інтенсивності карієсу використовують зубну пасту «AMIFLUOR» (загальний вміст амінофторидів 500 ppm); дітям із середнім рівнем інтенсивності карієсу зубну пасту «LAKALUT baby» (загальним вміст амінофторидів 250 ppm); дітям із низьким рівнем інтенсивності карієсу, кальцієвмісну зубну пасту «MINERALIN Kids».
8. На підставі здійснених досліджень встановлено високий карієспрофілактичний ефект запропонованого способу профілактики карієсу зубів у дітей дошкільного віку, що підтверджено показниками приросту інтенсивності та редукції карієсу зубів протягом 2 років спостережень.
9. Порошок морської капусти, краплі оральні адаптогену рослинного походження «Імунал», а для місцевої профілактики - зубні пасти з амінофторидами «Lacalut baby», «Amifluor», «Mineralin Kids» і препарат для глибокого фторування емалі «Глуфторед».
10. Карієс зубів у дітей дошкільного віку
11. Немає.
12. Дотримання чітких інструкцій застосування препаратів унеможливлює ускладнення.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра дитячої стоматології, кафедра стоматології післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Черепюк О.М., Рожко М.М., Октисюк Ю.В., Аваков В.В. (0502801583).

Реєстр. № 206/6/19 1. СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТКАНИН ЗУБА ПЕРЕД РЕСТАВРАЦІЄЮ КОМПОЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ.

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 № 135767. МПК A61C 13/00, A61C 13/08. Спосіб підготовки тканин зуба перед реставрацією композитними матеріалами / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я. - № u201902209; заявл. 04.03.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб підготовки тканин зуба перед реставрацією композитними матеріалами шляхом покриття поверхні коронки зуба маскуючим матеріалом, згідно з корисною моделлю після препаровки каріозної порожнини зуба додатково проводять визначення наявності і зняття мікробної біоплівки на поверхнях зуба та

прилягаючого ясенного краю, для чого на поверхню дефектного зуба і поверхню прилягаючого ясенного краю як маскуючий матеріал наносять барвник, який після витримки змивають водою, і з урахуванням проведеної оцінки кількості мікробної біоплівки на поверхні зуба знімають зафарбовану біоплівку апаратом зразка AIRFLOW, для чого використовують порошок зразка Erythritol Plus, після чого проводять безпосередню реставрацію зуба композитними матеріалами.

8. Спосіб підготовки тканин зуба перед реставрацією композитними матеріалами шляхом покриття поверхні коронки зуба маскуючим матеріалом, який відрізняється тим, що після препаровки каріозної порожнини зуба додатково проводять визначення наявності і зняття мікробної біоплівки на поверхнях зуба та прилягаючого ясенного краю, для чого на поверхню дефектного зуба і поверхню прилягаючого ясенного краю як маскуючий матеріал наносять барвник, який 35 після витримки змивають водою, і з урахуванням проведеної оцінки кількості мікробної біоплівки на поверхні зуба знімають зафарбовану біоплівку апаратом зразка AIR-FLOW, для чого використовують порошок зразка Erythritol Plus, після чого проводять безпосередню реставрацію зуба композитними матеріалами.
9. Апарат AIR-FLOW, порошок Erythritol Plus, барвник Plaquefinder, композитний матеріал для реставрації.
10. Зняття мікробної плівки для якісної підготовки твердих тканин зуба і прилеглих м’яких тканин перед виконанням реставрації композитним матеріалом.
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. № 207/6/19 1. СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТКАНИН ЗУБА ТА ПРИЛЯГАЮЧОЇ ДІЛЯНКИ ЯСЕН ПЕРЕД ФІКСАЦІЄЮ ШТУЧНИХ КОРОНОК.

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 № 135995. МПК A61C 5/00, A61C 13/08. Спосіб підготовки тканин зуба та прилягаючої ділянки ясен перед фіксацією штучних коронок / Рожко М.М., Штурмак В.М., Далибожик Р.Я., Когут Н.В., Андрійців С.С., Василик З.В. - № u201902170; заявл. 04.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб підготовки тканин зуба і прилягаючої ділянки ясен перед фіксацією штучних коронок включає механічну обробку і препарування каріозної порожнини зуба та її реставрації. Після проведеного препарування каріозної порожнини зуба та її реставрації виготовляють тимчасову пластмасову коронку, припасовують і тимчасово фіксують її на зубі на термін формування ясенного краю, 7-10 днів, після чого тимчасову коронку знімають, ультразвуковою насадкою видаляють залишки тимчасового цементу, додатково знімають мікробну біоплівку та залишки цементу на поверхні відпрепарованої культі зуба та прилягаючої ділянки ясен апаратом зразка AIR-FLOW та порошком зразка Erythritol Plus (EMS, Швейцарія), після чого проводять безпосередню реставрацію зуба фіксацією штучної коронки.

8. Спосіб підготовки тканин зуба і прилягаючої ділянки ясен перед фіксацією штучних коронок, що включає механічну обробку і препарування каріозної порожнини зуба та її реставрації, який відрізняється тим, що після проведеного препарування каріозної порожнини зуба та її реставрації виготовляють тимчасову пластмасову коронку, припасовують і тимчасово фіксують її на зубі на термін формування ясенного краю, 7-10 днів, після чого тимчасову коронку знімають, ультразвуковою насадкою видаляють залишки тимчасового цементу, додатково знімають мікробну біоплівку та залишки цементу на поверхні відпрепарованої культі зуба та прилягаючої ділянки ясен апаратом зразка AIR-FLOW та порошком зразка Erythritol Plus (EMS, Швейцарія), після чого проводять безпосередню реставрацію зуба фіксацією штучної коронки.
9. Апарат AIR-FLOW, порошок Erythritol Plus, барвник Plaquefinder, композитний матеріал для реставрації, тимчасова пластмасова коронка.
10. Якісна підготовка ясенного краю для підвищення якості 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., Далибожик Р.Я., Когут Н.В., Андрійців С.С., Василик З.В.

Реєстр. № 208/6/19 1. ЗАСІБ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА.

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 № 120024. МПК А61К 9/12. Засіб для терапії грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота / Ільницька О.М., Федін Р.М., Мінько Л.Ю., Залізняк М.С., Попович З.Б., Штурмак В.М.. - № а201810915; заявл. 11.03.2019; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Винахід належить до медицини, а саме стоматології та фармації, і може використовуватися як протигрибковий антимікробний, знеболюючий, регенеруючий засіб для терапії грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота. Засіб для терапії грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота містить «Клотримазол», пропіленгліколь, макрогол 400, етанол 96 %. Згідно з передбачуваним винаходом засіб виготовлений у формі спрею, поміщений у скляний балончик з нагвинчуваним механічним розпилювачем насосного типу і додатково містить тіотриазолін, ефірні олії базиліку, лаванди і м’яти за наступного співвідношення інгредієнтів, мас. %: клотримазол -0,8-1,2; тіотриазолін-0,8-1,2; олія базиліку-0,08-0,12; олія лаванди - 0,08-0,12; олія м’яти перцевої - 0,08-0,12; пропіленгліколь - 28,0-32,0; макрогол 400-28,0-32,0; етанол 96 % - до 100,0. Завдяки удосконаленню складу, оптимального кількісного співвідношення інгредієнтів та зміні виду лікарської форми пропонований засіб забезпечує тривалу протигрибкову антимікробну, знеболюючу, регенеруючу дію. Використання засобу дає можливість підвищити якість терапії при грибкових ураженнях слизової оболонки порожнини рота.

8. Удосконалення складу та кількісного співвідношення інгрідієнтів розробленого спрею забезпечить підвищення протигрибкової, антимікробної, ранозагоювальної, регенеруючої і мембраностабілізуючої активності засобів з проявленням локальної дії за рахунок його точного розпилення на ушкоджену ділянку слизової оболонки порожнини рота.
9. Рецептурний бланк з вказаними препаратами і дозами для виготовлення спрею.
10. Грибкові ураження слизової оболонки ротової порожнини.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Ільницька О.М., Федін Р.М., Мінько Л.Ю., Залізняк М.С., Попович З.Б., Штурмак В.М.

Реєстр. № 209/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ.

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 № 136764. МПК А61К 9/00; А61К 33/06; А61К 31/695; А61Р 1/02. Спосіб лікування захворювань тканин пародонту у осіб, які проживають у несприятливих екологічних умовах / Камінська М.В., Рожко М.М. - № u201903736; заявл. 11.04.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб лікування захворювань тканин пародонту у осіб, які проживають у несприятливих екологічних умовах, полягає у проведенні лікувально- профілактичних заходів та застосуванні лікарських препаратів. В процесі проведення лікувально-профілактичних заходів призначають ентеросорбент «Силікс» у вигляді однорідної суспензії, добовою дозою 12 г, у вигляді суспензії для дорослих у 3 прийоми, препарат із вмістом кальцію «Кальцемін Адванс» по 1 таблетці під час їди 2 рази на добу протягом 1 -2 місяців з переходом після цього на «Кальцемін», по 1 таблетці під час їди 2 рази на добу протягом 2-5 місяців. Крім того, призначають полоскання 0,1 %-им розчином «Стоматидину» у нерозведеному вигляді, кількістю 15 мл, після їжі, протягом ЗО секунд, 2-3 рази на добу, протягом 5 днів і місцево використовують «Холісал-гель», шляхом втирання в ясна 2 рази на добу протягом 10-14 днів.
8. За допомогою запропонованого методу лікування досягнуто максимального лікувального ефекту при лікуванні захворювань тканин пародонта в осіб, що проживають на екологічно несприятливих територіях. Використання пропонованого способу дає можливість зменшити вплив токсичних сполук, які проникають у організм з навколишнього середовища, покращити стан стоматологічного 20 здоров’я.
9. Ентеросорбент «Силікс», «Кальцемін Адванс», «Кальцемін», «Стоматидин», «Холісал-гель».
10. Лікувально-профілактичні засоби для захворювань тканин пародонту у осіб, які проживають у несприятливих екологічних умовах.
11. Немає.

12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Камінська М.В., Рожко М.М.

Реєстр. № 210/6/19

1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРОТЕТИЧНОЇ ПЛОЩИНИ ПРИКУСНОГО ВОСКОВОГО ВАЛИКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ.
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 № 134618. МПК A61C 19/04. Пристрій для формування протетичної площини прикусного воскового валика верхньої щелепи при ортопедичному лікуванні пацієнтів з повною відсутністю зубів / Сарапук В.І., Рожко М.М.. - № u201812790; заявл. 22.12.2018; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Пристрій для формування протетичної площини прикусного воскового валика верхньої щелепи, що складається з оклюзійної пластинки і планок, які встановлені паралельно відносно оклюзійної пластинки і мають вказівники вушних і носових точок для їх встановлення вздовж камперовської лінії, який відрізняється тим, що оклюзивна пластинка пристрою виконана у вигляді опорної лінійки П-подібної форми з вилкоподібним розширенням по обидва боки і з гніздом в центральній частині, в яке вкладають прикусні планки для фронтальної і жувальної частин прикусного воскового валика верхньої щелепи, виконані знімними, при цьому фронтальна планка виконана Т-подібної форми, а жувальна - вилкоподібної форми з заокругленими вилками, і додатково пристрій споряджений рухомою лінійкою для реєстрації строгої паралельності відносно камперівської горизонталі та зіничної лінії, аналогічної як і опорна лінійка П-подібної форми з вилкоподібним розширенням по обидва боки, опорна лінійка споряджена двома вертикальними колонами квадратної форми, які встановлені нероз'ємно і перпендикулярно до лінійки на її бокових вилкоподібних розширеннях, паралельно одна одній, і мають нанесені симетричні міліметрові шкали, по яких здійснюють вертикальні переміщення рухомої лінійки, формують і реєструють паралельність рухомої лінійки відносно опорної, для чого в рухомій лінійці виконані два отвори, аналогічної (квадратної) форми, як у колон, для її переміщення по колонах і адаптування пристрою до індивідуальних розмірів обличчя пацієнта, отвори мають квадратні продовження-виступи, на зовнішніх стінках яких зроблені круглі отвори з внутрішньою різьбою з вкрученими гвинтами фіксації паралельності, і рухома лінійка додатково споряджена ватерпасом, зафіксованим в центральній її частині, для позиціювання голови пацієнта відносно лінії горизонту.
8. Розроблений пристрій для формування протетичної площини воскового валика верхньої щелепи при ортопедичному лікуванні пацієнтів з повною відсутністю зубів, шляхом передбачення в конструкції пристрою знімних прикусних планок для фронтальної і жувальної частин прикусного воскового валика верхньої щелепи і оснащення пристрою додатковими конструктивними елементами забезпечить швидке комфортне, точне та уніфіковане формування протетичної площини

прикусного валика верхньої щелепи паралельно камперівської горизонталі та зіничної лінії при ортопедичному лікування пацієнтів з повною відсутністю зубів з можливістю адаптування пристрою до індивідуальних розмірів обличчя.

9. Пристрій для формування протетичної площини, воскові валики.
10. При ортопедичному лікування пацієнтів з повною відсутністю зубів з можливістю адаптування пристрою до індивідуальних розмірів обличчя.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Сарапук В.І., Рожко М.М.

Реєстр. № 211/6/19 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТРОФІЇ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ТА ЧАСТИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ.

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 № 135640. МПК A61B 17/24. Спосіб хірургічного лікування атрофії коміркового відростка верхньої та частини нижньої щелеп у жінок постменопаузального віку / Солоджук Ю.І., Рожко М.М., Денисенко О.Г. - № u201901093; заявл. 04.02.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб аугментації коміркового відростка верхньої і/або частини нижньої щелеп у жінок постменопаузального віку, який відрізняється тим, що за 30 днів перед оперативним втручанням здійснюють додаткову стимуляцію кісткового утворення, для чого призначають «Остеогенон» по 830 мг. 2 рази на добу упродовж 30 днів, і під час оперативного втручання після проведених вертикальних розрізів відступаючи від ділянки відсутніх зубів на один зуб в медіальну та дистальну сторони, з'єднанні їх горизонтальним розрізом по гребені коміркового відростка верхньої щелепи чи частини нижньої щелепи та ушивання рани шляхом почергового накладання горизонтальних матрацних та класичних вузлових швів.
8. Підвищення ефективності лікування атрофії коміркового відростка верхньої щелепи та частини нижньої щелеп, створення оптимальних остеокондуктивних та остеоіндуктивних умов для відновлення об’єму втраченої кісткової тканини шляхом додаткової медикаментозної стимуляції кісткового утворення, забезпечення стабілізації остеопластичного матеріалу, зменшення ризику розходження країв рани, підвищення щільності кісткової тканини при проведенні аугментації коміркового відростка верхньої щелепи і/або частини нижньої щелепи у жінок постменопаузального віку. У результаті лікування пропонованою методикою дев’ять місяців при рентгенологічному дослідженні спостерігали збільшення об’єму коміркової частини нижньої щелепи в ділянці оперативного втручання.
9. «Остеогенон».
10. Потреба у лікуванні атрофії коміркового відростка верхньої щелепи та частини нижньої щелеп у жінок постменопаузального віку.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Солоджук Ю.І., Рожко М.М., Денисенко О.Г.

Реєстр. № 212/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ І СИСТЕМАТИЗАЦІЇ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.

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 № 135801. МПК A61C 19/04; A61B 1/24. Спосіб діагностики і систематизації дефектів твердих тканин зубів / Бульбук О.В., Рожко М.М., Бульбук О.І. - № u201810744; заявл. 31.10.2018; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики і систематизації дефектів твердих тканин зубів шляхом визначення глибини ураження та місця розміщення дефектів, який відрізняється тим, що дефекти поділяються за допомогою розробленої таблиці показників, значення яких записуємо у вигляді дробу, де у чисельнику числом позначаємо місце розміщення дефектів, а у знаменнику - глибину ураження..
8. Даний спосіб діагностики і систематизації дефектів твердих тканин зубів шляхом визначення глибини ураження та місця розміщення дефектів дозволить оптимізувати діагностичний процес при лікуванні уражень коронкової частини зубів. Спосіб може бути застосований у ортопедичній та терапевтичній стоматології.
9. Мікрометр, розроблена таблиця систематизації LOV/DD.
10. Потреба в поглибленій діагностиці і систематизації дефектів твердих тканин зубів при руйнуванні коронкової частини зуба для вибору оптимального методу стоматологічного лікування.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Бульбук О.В., Рожко М.М., Бульбук О.І.

Реєстр. № 213/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСУ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ

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 № 132512. МПК A61M 27/00; A61B 17/00. Спосіб лікування абсцесу твердого піднебіння / Рожко М.М., Палійчук І.В., Челій О.І., Деркач Л.З., Ярмошук І.Р. - № u201810202; заявл. 25.02.2019; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.

7. Спосіб лікування абсцесу твердого піднебіння шляхом проведення двох паралельних розрізів сагітально на різному рівні у межах країв вогнища запалення з утворенням при цьому діагонального місткоподібного клаптя і з підведенням дренажу для евакуювання ексудату, який відрізняється тим, що розрізи здійснюють на відстані 7-12 мм один від одного і вводять у рану дренаж для евакуювання ексудату одноразовим обведенням з незначною компресією навколо клаптя, сформованого двома розрізами, і кінці дренажу фіксують один до одного.
8. Завдяки кращим умовам дренування вогнища і надійної фіксації дренажу покращуються умови евакуювання ексудату, чим поліпшуються умови загоєння місця вогнища запалення і підвищується ефективність лікування.
9. Дренаж для евакуювання ексудату, хірургічний скальпель.
10. Спосіб може бути рекомендованим як ефективний метод для покращення показників лікування хворих на абсцес твердого піднебіння та нагноєних радикулярних кіст з поширенням на тверде піднебіння.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Палійчук І.В., Челій О.І., Деркач Л.З., Ярмошук І.Р

Реєстр. № 214/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЯХ ІЗ НИЗЬКИМ ВМІСТОМ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ.

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 № 137436. МПК А61Р 3/02. Спосіб лікування молярно-різцевої гіпомінералізації у дітей, які проживають на територіях із низьким вмістом мікроелементів / Попович З.Б., Рожко М.М., Боднарук Ю.Б., Ільницька О.М.. - № а201902451; заявл. 13.03.2019; опубл. 25.10.2019. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб лікування молярно-різцевої гіпомінералізації у дітей, які проживають на територіях із низьким вмістом мікроелементів, включає проведення лікувально- профілактичних заходів та застосування лікарських препаратів. У процесі лікування дітям призначають таблетки «Вітрум Юніор» всередину за схемою: дітям від 7 до 11 років по 1/2 таблетки на добу, дітям старше 12 років - по 1 таблетці на добу, таблетки слід розжовувати, приймати під час або одразу після їжі, курс лікування становить 15 днів. Одночасно із застосуванням «Вітрум Юніор» проводять обробку поверхонь зубів стоматологічним кремом «Tooth Mousse» без фтору шляхом нанесення середника на поверхню емалі на 3 хвилини. Після цього пацієнту рекомендують утриматися від прийому їжі протягом 30 хвилин. Нанесення «Tooth Mousse» проводять 3-5 разів з інтервалом через день. Після цього проводять глибоке фторування емалі шляхом застосування «Фторкальцит-Е»: ділянку зуба, яка обробляється, добре очищають від зубного нальоту, промивають водою і просушують, потім протягом ЗО с рясно змочують ватним тампоном, просоченим рідиною № 1 Ftorcaicit-E. Після цього, не роблячи проміжного полоскання, на потрібну ділянку наносять рідину № 2 Ftorcalcit -E і через ЗО с проводять

полоскання. Процедуру проводять тричі з інтервалом 1 тиждень. Повторний огляд та за необхідності лікування проводять через 6 місяців.

8. Отриманий результат дозволяє рекомендувати спосіб лікування молярно-різцевої гіпомінералізації до використання у щоденній медичній практиці у дітей, які проживають на територіях із низьким вмістом мікроелементів у навколишньому середовищі.
9. Таблетки «Вітрум Юніор», крем «Tooth Mousse», «Фторкальцит-Е».
10. Лікування молярно-різцевої гіпомінералізації у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Попович З.Б., Рожко М.М., Боднарук Ю.Б., Ільницька О.М.

Реєстр. № 215/6/19

1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ПЛАСТИКИ КІСТКОВИХ ТКАНИН З ВИКОРИСТАННЯМ АРМОВАНОЇ ФІБРИНОВО-ТРОМБОЦИТАРНОЇ МАСИ.
2. НДР «Патогенетичні обґрунтування діагностики, лікування і реабілітації хворих на захворювання запального та дистрофічного характеру з урахуванням стану кісткової тканини і вікового аспекту», 0114U002666, 2014-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 136410. МПК A61C 8/00, A61C 9/00. Спосіб реконструктивної пластики кісткових тканин з використанням армованої фібриново-тромбоцитарної маси / Рожко М.М., Пантус А.В., Когут В.Л., Грекуляк В.В., Ковальчук Н.Є., Яців З.І., Яців Т.З. - № a201710057; заявл. 17.10.2017; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб створення каркасу запрограмованої форми з біополімеру з інтегрованим в нього аутологічним фібриновим гелем досягається шляхом відпрацювання системної послідовності пропонованих операцій із сканування патологічної ділянки, попереднього комп'ютерного моделювання відсутньої ділянки, створення шляхом тривимірного друку пористого каркасу цієї ділянки з біополімеру із послідуючою заливкою в нього аутологічного тромбоцитарного гелю, що забезпечує можливість застосування готового каркасу як для безпосередньої імплантації в тіло людини так і для вирощування фрагментів кісток в лабораторії.
8. Вказаний спосіб дозволяє надати пористому каркасу остеоіндуктивних властивостей завдяки присутнім факторам росту у тромбоцитарному фібриновому гелі для реконструкції кісток лицевого скелету.
9. Біополімер, тривимірний принтер, центрифуга.
10. Спосіб дає можливість забезпечити застосування в сфері регенеративної медицини, а саме біоінженерії в якості каркасу для регенерації тканин.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра хірургічної стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти, кафедра гістології, цитології та ембріології.
14. Немає.

15. Рожко М.М., Пантус А.В., Когут В.Л., Грекуляк В.В., Ковальчук Н.Є., Яців З.І., Яців ТЗ.

Реєстр. № 216/6/19

1. СПОСІБ ОТРИМАННЯ ТЕРМОПЛАСТИЧНОГО БІОПОЛІМЕРНОГО ВОЛОКНИСТОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ ТЕРМОПЛАСТИЧНОГО БІОДЕГРАДОВАНОГО БІОПОЛІМЕРНОГО КАРКАСА І/АБО РЕЗОРБУЮЧОЇ БІОПОЛІМЕРНОЇ СІТКИ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦІЇ ТКАНИН.
2. НДР «Патогенетичні обґрунтування діагностики, лікування і реабілітації хворих на захворювання запального та дистрофічного характеру з урахуванням стану кісткової тканини і вікового аспекту», 0114U002666, 2014-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 119958. МПК A61C 8/00; A61C 9/00. Спосіб отримання термопластичного біополімерного волокнистого матеріалу для виготовлення термопластичного біодеградованого біополімерного каркаса і/або резорбуючої біополімерної сітки для регенерації тканин / Рожко М.М., Пантус А.В., Когут В.Л., Ковальчук Н.Є. - № a201810041; заявл. 08.10.2018; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Спосіб отримання біодеградуємого біополімерного волокнистого каркасу шляхом поєднання нагріву до температури розплаву гранул термопластичного біополімеру і кристалів або порошку сахарози із одночасним центрифугуванням на великій швидкості розплаву суміші сахарози та термопластичного біополімеру із наступним осадженням волокон та утворенням пухкого волокнистого каркасу.
8. Вказаний спосіб дозволяє отримати мікроволокнистий нетканний пористий матрикс для побудови клітин, що відрізняється від аналогів недороговартісним та чистим синтезом мікроволокон.
9. Гранули термопластичного біополімеру, кристали сахарози, центрифуга.
10. Спосіб дає можливість забезпечити застосування в сфері регенеративної медицини, а саме біоінженерії в якості каркасу для регенерації тканин.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра хірургічної стоматології, кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти, кафедра гістології, цитології та ембріології.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Пантус А.В., Когут В.Л., Ковальчук Н.Є.

Реєстр. № 217/6/19

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ФОРМИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ТКАНИННОГО ЕКСПАНДЕРА.
2. НДР «Патогенетичні обґрунтування діагностики, лікування і реабілітації хворих на захворювання запального та дистрофічного характеру з урахуванням стану кісткової тканини і вікового аспекту», 0114U002666, 2014-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 119404. МПК (2019.01) A61B 17/24 (2006.01) A61B 6/14 (2006.01) A61K 31/00 A61P 1/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування

хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту з використанням тканинного експандера / Пюрик В.П., Проць Г.Б., Деркач Л.З., Пюрик Я.В., Огієнко С.А., Огієнко ТЮ. - № а201801218; заявл. 08.02.2018; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.

6. Немає.
7. Винахід належить до способу комплексного лікування хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту методом мукогінгівоостеопластики Пюрика-Огієнка, що включає проведення клаптевої операції з проведенням множинних пенетрацій кулястим бором на товщину періосту і операції на яснах з визначеним відступом від ясенного краю щонайменше 2 мм, здійснення кісткової пластики з упакуванням остеопластичного матеріалу в кісткові кишені на гребінь коміркового відростка та направленої тканинної регенерації з додатковим медикаментозним супроводом і рентгенологічним відслідковуванням репаративних процесів в динаміці, веденням індексної оцінки стану слизової, ясенного краю і стану кістки на основі пародонтальних індексів, за якого комплексне лікування здійснюють з використанням тканинного експандера для отримання надлишку слизової, при цьому за місяць до операції хворим, яким потрібно заміщувати рецесії, дефекти слизової, проводять горизонтальний розріз, відсепаровують слизову оболонку від періосту з утворенням відповідної кишені, в яку поміщають попередньо підібраний тканинний експандер, більший в 1,0-1,5 разу за розмір дефекту слизової оболонки, який потрібно закрити, ушивають рану вузловатими швами, порт експандера фіксують до моляра на верхній і/або нижній щелепі, проводять підкачку через порт експандера, використовуючи шприц з голкою 23 розміру зі скосом 12 градусів, поступово вводячи стерильний фізіологічний розчин в порожнину експандера через порт до заповнення об'єму кишені, розчин залишають на тиждень до загоєння рани, після чого проводять повторні підкачки тканинного експандера через 7 і 14 днів до больових відчуттів і на 21 день проводять видалення тканинного експандера після чого проводять подальше лікування методом мукогінгівоостеопластики Пюрика- Огієнка згідно з визначеною стратегією.
8. Використання пропонованого способу забезпечує комплексне стимулювання остеогенерації, можливість впливати на ефективність і скорочення тривалості остеогенерації та досягти вираженої протизапальної дії лікування.
9. Кулястий бор, остеопластичний матеріал, тканинний експандер, шовний матеріал.
10. Спосіб може бути рекомендованим як ефективний метод лікування хворих на тяжкі форми генералізованого пародонтиту.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра хірургічної стоматології.
14. Немає.
15. Пюрик В.П., Проць Г.Б., Деркач Л.З., Пюрик Я.В., Огієнко С.А. (0976119197), Огієнко ТЮ.

Реєстр. № 218/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Патогенетичні обґрунтування діагностики, лікування і реабілітації хворих на захворювання запального та дистрофічного характеру з урахуванням стану кісткової тканини і вікового аспекту», 0114U002666, 2014-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на винахід № 118825. МПК (2019.01) А61К 6/00 А61Р 31/02 (2006.1) . Спосіб лікування генералізованого пародонтиту / Рожко М.М., Пюрик

В.П., Тарнавська Л.В., Пюрик Я.В., Огієнко С.А., Огієнко Т.Ю. - № а201802201; заявл. 03.03.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.

6. Немає.
7. Винахід належить до способу місцевого медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту, який включає полоскання ротової порожнини водним розчином антисептика і проведення аплікацій на ясна, за якого проводять аплікації на яснах шляхом застосування протизапальної пасти, яку готують у складі свіжозмеленої куркуми, порошку для чищення зубів «PektoDent» та кварцетину з додаванням оливкової олії і змішують для отримання однорідної маси ,яку наносять на ясна в післяопераційному періоді через 7 днів впродовж 5 - ти днів 2 рази на день тривалість аплікації 10 хв.
8. Використання пропонованого способу лікування генералізованого пародонтиту забезпечує скорочення строків і підвищення ефективності лікування запально- деструктивних процесів в тканинах пародонту.
9. Свіжозмелена куркума, порошок для чищення зубів «PektoDent», кверцетин, оливкова олія.
10. Спосіб може бути рекомендованим як ефективний метод місцевого медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра хірургічної стоматології.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Пюрик В.П., Тарнавська Л.В., Пюрик Я.В., Огієнко С.А. (0976119197), Огієнко ТЮ.

Реєстр. № 219/6/19 1. СПОСІБ П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП.

2. НДР «Клініко-екпериментальне обґрунтування застосування хірургічних та ортопедичних технологій при діагностиці, лікуванні та профілактиці стоматологічних захворювань пацієнтів, обумовлених дефектами та деформаціями зубощелепної системи», 0115U000004, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія. Ортопедична стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Удосконалений спосіб хірургічного лікування радикулярних кіст щелеп шляхом індивідуалізованого застосування п'єзоелектричної техніки підчас проведення операції цистектомії безпосередньо на етапі енуклеації оболонки радикулярної кісти щелепи. Щільність кісткової тканини визначають попередньо на основі аналізу рентгенограм. Під впливом ультразвуку оболонка кісти повністю відокремлюється від прилеглої кісткової тканини без ризику її фрагментування: цистектомію розпочинають ультразвуковою енуклеацією від ділянок з низькою кістковою щільністю до ділянок з вищою кістковою щільністю
8. Даний спосіб дає можливість попередити порушення цілісності анатомічних утворів (верхньощелепної пазухи, дна порожнини носа, нижньощелепового чи різцевого каналів), які межують із радикулярною кістою.
9. Немає.
10. Стоматологічні пацієнти з радикулярними кістами великих розмірів.

11. Немає.
12. Не передбачається, побічних ефектів не виявлено.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО.
14. Немає.
15. Гаврильців С.Т. (0674233036), Вовк Ю.В.

Реєстр. № 220/6/19 1. МЕТОД МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ М'ЯКИХ ТКАНИН ПРИВУШНО- ЖУВАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ОБЛИЧЧЯ.

2. НДР «Пошук, впровадження і шляхи удосконалення методів діагностики та лікування запальних, травматичних процесів, дефектів та деформацій ЩЛД», 0110U000046, 2015-2019 рр.
3. Хірургічна стоматологія, щелепно-лицева хірургія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Для повного знечулення привушно-жувальної ділянки обличчя проведення анестезії лише периферійних гілок нижньощелепного нерва є недостатнім, оскільки цей топографо-анатомічний простір також знервується лицевою гілкою великого вушного нерва (від шийного поверхневого нервового сплетення). Щоб досягти очікуваного результату, необхідно також блокувати цей нерв. Суть пропозиції полягає у застосуванні під час операційних втручань на м'яких тканинах привушно - жувальної ділянки обличчя розробленого автором методу місцевої провідникової анестезії, який дозволяє одночасно блокувати лицеві гілки великого вушного та вушно-скроневого нервів.
8. Можливість безболісного проведення операційного втручання в щелепно-лицевій ділянці позитивно впливає на психоемоційний стан хворого.
9. Немає.
10. Хірургічні втручання на м'яких тканинах щелепно-лицевої ділянки.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 275-76-12, кафедра хірургічної стоматології та ЩЛХ.
14. Немає.
15. Мокрик О.Я. (0322757612).

Реєстр. № 221/6/19 1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ВПЛИВУ НА ЗАПАЛЬНУ РЕАКЦІЮ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ НИЖНІХ МОЛЯРІВ.

2. НДР «Пошук, впровадження і шляхи удосконалення методів діагностики та лікування запальних, травматичних процесів, дефектів та деформацій ЩЛД», 0110U000046, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах

практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

7. Методика використання запронованого способу місцевого впливу на запальну реакцію після видалення ретенованих нижніх молярів наступна: безпосередньо після видалення зуба у лунку перед її ушиванням поміщають хірургічну гемостатичну губку, просякнуту препаратом на основі апротиніну («Контривен»), а у післяопераційному періоді, окрім традиційного лікування, впродовж трьох діб проводять зовнішньоротово в ділянці кута нижньої щелепи з відповідної сторони флюктуофорез апротиніну.
8. Зменшення проявів місцевої запальної реакції після видалення ретенованих нижніх молярів, покращення перебігу раннього післяопераційного періоду
9. Контривен.
10. Хворі після видалення ретенованих нижніх молярів.
11. Немає.
12. Не передбачається, побічних ефектів не виявлено.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 275-76-12, кафедра хірургічної стоматології та ЩЛХ.
14. Немає.
15. Патерега Н.І., Огоновський Р.З., Винарчук-Патерега В.В. (0322757612).

Реєстр. № 222/6/19 1. ВИЯВЛЕННЯ ПАТОГЕННИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МІКРООРГАНІЗМІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ШЛЯХОМ БІОДЕГРАДАЦІЇ МАКРОМОЛЕКУЛ МІКРОБНИМИ КОМПОНЕНТАМИ ДЕНТАЛЬНОЇ БІОПЛІВКИ.

2. НДР «Екологія та пародонт. Взаємозвязок захворювань пародонта та загально соматичної патології. Дисфункції скронево-нижньощелепового суглоба», 0215U000045, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія, ортодонтія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Метод виявлення патогенних властивостей мікроорганізмів ротової порожнини шляхом біодеградації макромолекул мікробними компонентами дентальної біоплівки пропонується використовувати в стоматології як діагностичний критерій запальних процесів тканин ротової порожнини, клінічного супроводу та контролю при застосуванні ортодонтичних пристосувань. Досліджують мікрофлору зубної бляшки у пацієнтів, яким встановлено брекети. Біоматеріал беруть із зубної бляшки в місцях фіксації брекета за допомогою стерильної пружної полімерної смужки і наносили на поверхню плівок, що містили приготований субстратний шар, нанесений на поверхню світлочутливого шару стандартних зразків рентгенівської плівки. Після цього плівки накладали на поверхню поживного середовища (кров'яний агар) в чашці Петрі з наступним вирощуванням протягом 48 год. при 37°С.
8. Запропонований метод є легким у застосуванні, доступним, неінвазивним та інформативним, дає можливість підібрати оптимальний лікувально-профілактичний комплекс індивідуально для кожного пацієнта.
9.
9. Клінічний супровід при проведенні ортодонтичного лікування з використанням брекет-системи.
10. Немає.

11. Не передбачається.
12. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 276-78-17.
13. Немає.
14. Пупін Т.І., Слобода М.Т., Мандич О.В. (0971161116), Федечко Й.М., Мінько Л.Ю., Щикула Р.Г.

Реєстр. № 223/6/19 1. СПОСІБ КЛІНІЧНОЇ БІОМЕТРИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ МОРФО- ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩІЧНОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ОБЛИЧЧЯ.

2. НДР «Клініко-екпериментальне обґрунтування застосування хірургічних та ортопедичних технологій при діагностиці, лікуванні та профілактиці стоматологічних захворювань пацієнтів, обумовлених дефектами та деформаціями зубощелепної системи», 0115U000004, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія. Ортопедична стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. У зв'язку з тим, що значна частина стоматологічних втручань проводиться в щічній ділянці, для безперешкодного внутрішньоротового доступу напередодні виконання стоматологами маніпуляцій доцільно проводити клінічну біометричну діагностику морфо-функціонального стану щічної ділянки пацієнтів з різними типами обличчя. За даною методикою нами проведено попередній клінічно-біометричний аналіз морфо-функціонального стану щічної ділянки у 17 пацієнтів з різними типами обличчя для встановлення відмінностей з метою оцінки стану просторової організації внутрішнього коридору щічної ділянки.
8. Запропонований клінічний діагностичний підхід дає можливість оцінити морфо-функціональні особливості стану щічної ділянки пацієнтів з різними типами лиця для подальшого виконання як консервативних, так і хірургічних стоматологічних процедур.
9. Клінічно-біометричний аналіз.
10. Стоматологічні пацієнти.
11. Немає.
12. Не передбачається, побічних ефектів не виявлено.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО.
14. Немає.
15. Ружицька О.В. (0985849088), Вовк Ю.В., Вовк В.Ю.

Реєстр. № 224/6/19 1. СПОСІБ ДОВГОТРИВАЛОГО ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ.

2. НДР «Сучасний погляд на питання діагностики, профілактики та прогнозування основних стоматологічних захворювань в осіб молодого віку», 0117U002465, 20172021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,С.

5. Патент України на корисну модель № 137960. МПК (2019.01) A61C 8/02 (2006.01), A61 C 7/00. Спосіб довготривалого шинування рухомих зубів при генералізованому пародонтиті / Ашаренкова О.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. - № u201904905; заявл. 08.05.2019; опубл. 11.11.2019. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Шинування рухомих зубів мініблоками. Препарується невеликий пропіл до екватору коронки зуба на апроксимально-оклюзійній (оральній) поверхні тільки двох рухомих зубів, що стоять поруч. При заповненні відпрепарованої ділянки мініблоку один дріт або їх комбінація (діаметр дротів: 0,6; 0,8 і 1 мм) укладається в неотверджений рідкий композит світлового твердіння - перший шар, завтовшки 0,8-1,5 мм, який надалі світлополімеризується. Анатомічна форма обох зубів, залучених у мініблок, відновлюється «традиційним» композитом світлового твердіння. Накладання рідкого і «традиційного» композитів світлового твердіння виконується за загальноприйнятою методикою.
8. Підвищити ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу, подовжити термін служби рухомих зубів, зберегти тканини зуба інтактними, дотримуючись принципу мінімальної щадної інвазивної препаровки. Скоротити кількість відвідувань хворими стоматолога та зберегти сімейний бюджет пацієнта.
9. Дріт, який пройшов попередню спеціальну температурну і механічну обробку, композитний матеріал, світлополімерна лампа.
10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу.
11. Включений дефект зубного ряду.
12. Немає.
13. Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Ашаренкова О.В. (0442356394).

Реєстр. № 225/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕРОЗІЙ ЗУБІВ НА ТЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ (18-25 РОКІВ).

2. НДР «Визначення генних поліморфізмів в діагностиці та прогнозуванні хвороб твердих тканин зубів на тлі захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку», 0117U006526, 2017-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++,С.
5. Патент України на корисну модель № 136781. МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб ранньої діагностики ерозій зубів на тлі захворювань тканин пародонту у осіб молодого віку (18-25 років) / Білоклицька Г.Ф., Турянська Н.І.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - № u201906282; заявл. 05.06.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Виявлення генетичної схильності до ризику розвитку не каріозних уражень зубів на тлі захворювань тканин пародонту та ранній профілактиці ускладнень і прогресивного перебігу захворювання у осіб молодого віку, з урахуванням індивідуальних особливостей їх організму.
8. Зменшення частоти ерозій зубів на тлі захворювань тканин пародонту у осіб молодого віку(18-25 років) та профілактика їх виникнення.

9. Комплект реагентів для виділення ДНК з клінічного матеріалу, діагностичні набори, ампліфікатор, 2% агарозний гель, трансілюмінатор, щіточки та пробірки для забору буккального епітелію.
10. Наявність ерозій зубів на тлі захворювань тканин пародонту у осіб молодого віку (18-25 років).
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Білоклицька Г.Ф., Турянська Н.І. (0442356394).

Реєстр. № 226/6/19 1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА З ВИКОРИСТАННЯМ ЛАЗЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.

2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій в комплексному лікуванні та реабілітації основних стоматологічних захворювань», 0111U002806, 2017-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 133310. МПК (2019.01) А6Ш 5/067 (2006.01), А61Р 43/00. Спосіб лікування генералізованих захворювань пародонту / Миколайчук С.І., Бургонський В.Г., Холін В.В., Войцехович В.С., Гайворонський В.Я., Мультян В.В.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - №u201811533; заявл. 23.11.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб оптимізації лікування генералізованих захворювань пародонту з використанням лазерних технологій, що включає проведення професійної гігієни, який відрізняється тим, що перед професійною гігієною порожнини рота у ясеневу борозну або парадонтальну кишеню вносять розчин фотосенсибілізатора Фотолон, та після експозиції порожнину рота обробляють лазерним випромінювачем «LIKA- surgeon» за допомогою спеціально розробленої насадки, що дає змогу вибірково пригнічувати патогенну мікрофлору не уражаючи увесь біотоп.
8. Заявлений метод має ряд переваг: низькоінтенсивне лазерне випромінювання, яким активується фотосенсибілізатор та має біостимулюючу дію, сприяє пришвидшенню регенерації; можлива антибактеріальна дія в важкодоступних місцях, за рахунок специфіки введення фотосенсибілізатора, та здатності лазерного випромінювання проникати в товщу тканин; запропонований метод дає можливість пришвидшити проведення процедури фотоактивованої дезінфекції в рази; проведення фотоактивованої дезінфекції після професійної гігієни дає змогу профілактизації захворювань пародонту завдяки вибірковій дії на патогенну мікрофлору та глибокому ступеню проникності.
9. Лазерний коагулятор потужністю 2 Вт з довжиною хвилі 660 нМ, насадка власної розробки, фотосенсибілізатор.
10. Генералізовані захворювання пародонта.
11. Гострі інфекційні захворювання; захворювання ССС в стадії декомпенсації; злоякісні новоутвори в ділянці втручання.
12. Не виявлено.

13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Бургонський В.Г. (0444820852), Миколайчук С.І., Холін В.В., Войцехович В.С.

Реєстр. № 227/6/19

1. СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ ВІДМІННОСТЕЙ В БІОДОСТУПНОСТІ ГЕНЕРИЧНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ, ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ФАРМАКОЛОГІЇ І СТОМАТОЛОГІЇ ДЛЯ ПРОГНОЗУ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПРЕВЕНЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЇХ ПРИЗНАЧЕННІ.
2. НДР «Розробка методології вибору генеричних лікарських засобів для забезпечення населення України якісними препаратами», 0118U003700, 2016-2020 рр., «Персоналізований підхід до безпосереднього протезування на дентальних імплантатах», 0117U006528, 2017-2021 рр., «Мультидисциплінарний підхід до клініки, діагностики, методів лікування аномалій і деформацій окремих зубів, зубних рядів та прикусів», 0112U001417, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія. Громадське здоров'я. Гігієна та професійна патологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 141291. МПК G01N 1/00, G01N 21/00. Спосіб експрес-виявлення відмінностей в біодоступності генеричних протизапальних, знеболювальних препаратів у фармакології і стоматології для прогнозу ефективності та превенції ускладнень при їх призначенні / Левін М.Г., Ніколаєва Я.Ю., Кузнецова О.М., Леоненко Г.П., Кокоєва Ю.В., Останіна Н.В., Гуменюк О.А., Дорошенко О.М., Леоненко П.В., Білозір А.І., Биков С.М.; заявники та патентовласники Національна академія медичних наук України, Державна установа «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва»; Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. - № u201911277; заявл. 19.11.2019; опубл. 25.03.2020. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Заявлена корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до фармакології і стоматології, і може бути використана при виявленні відмінностей в біодоступності генеричних протизапальних знеболювальних препаратів для прогнозу ефективності та превенції ускладнень при їх призначенні. Суть способу полягає в тому, що після проведення пробопідготовки твердофазної дисперсії лікарської субстанції (ЛС) зі збереженням фракцій частинок великого розміру та здійснення спектрофотометрії в інфрачервоному (ІЧ) діапазоні для встановлення ідентичності ІЧ-спектрів досліджуваних препаратів додатково проводиться процедура оптичної мікроскопії, як етап кінцевої аналітичної операції з попередньою підготовкою дисперсії твердих речовин у рідинах - суспензії, для оцінки розподілення частинок великого розміру - від 30 мкм. Під час процедури оптичної мікроскопії проводять фотографування та збереження у форматі JPEG для обробки у CAD-програмному забезпеченні. Далі визначають форму та розміри кристалів, вимірюючи їх довжину і ширину, з подальшим експортуванням отриманих числових значень в електронну таблицю, при цьому як умовний розмір кристалу обирають довжину діагоналі D

прямокутника зі сторонами $Ц$, Ц, D = VL + L, що фіксують в електронних

таблицях з наступним порівнянням за розмірами та встановленням відмінностей у кількості кристалів для різних діапазонів діагоналей D і відповідно до цього визначають відмінності у біодоступності генеричного та інноваційного препаратів. Етап експортування отриманих числових значень в електронну таблицю з наступним порівнянням за розмірами та встановленням відмінностей у кількості кристалів для різних діапазонів діагоналей дозволяє провести аналіз відмінностей у

біодоступності інноваційного та генеричного препаратів, здійснити прогнозування ефективності і превенції ускладнень при призначенні протизапальних і знеболюючих препаратів у фармакології та стоматологічній практиці.

8. Переваги способу виявлення відмінностей в біодоступності генеричних протизапальних, знеболювальних препаратів полягають в тому, що він є швидким та ефективним методом виявлення аномальних ЛС, гранул для приготування суспензій після виділення лікарської субстанції без значимих змін розподілу часток за розмірами, ін'єкційних препаратів, що містять суспензію лікарської субстанції (депо-препарати), та встановлення різниці в біодоступності генеричного препарату з інноваційним. Економічні переваги, які можливо отримати внаслідок упровадження наукової продукції, порівняно з наявними аналогами, полягають в тому що, при проведенні оптичної мікроскопії та аналітичного підсумування даних і відсутності вірогідних відмінностей у фракціях великого розміру, подальше здійснення дороговартісних досліджень у дрібних фракціях генеричного та інноваційного препаратів проводити не потрібно. Запропонована методика не вимагає унікального обладнання і може бути швидко виконана для виявлення аномальних серій генеричних препаратів на ринку та перед клінічним застосуванням з мінімальними затратами. Відтак, запропонований спосіб дає економічний ефект - зниження вартості досліджень та зменшення витрат на лікування ускладнень від застосування не біоеквівалентних генеричних препаратів. Крім того, запропонований спосіб дозволяє отримати значні переваги у часі, який потрібно затратити від початку дослідження до моменту отримання висновку про біоеквівалентність генеричного препарату інноваційному Спосіб виявлення відмінностей в біодоступності генеричних протизапальних, знеболювальних препаратів дозволить здійснити прогноз ефективності та превенції ускладнень при призначенні протизапальних і знеболюючих препаратів в медичній та стоматологічній практиці.
9. Для реалізації способу виявлення відмінностей в біодоступності генеричних протизапальних, знеболювальних препаратів необхідне залучення хіміка-аналітика, а також наступне оснащення: ІЧ-спектрометр, оптичний мікроскоп, CAD/CAE- програмне забезпечення для проведення кінцевої аналітичної операції.
10. 1) Експрес-виявлення відмінностей в біодоступності інноваційного та генеричного препарату з метою прогнозу ефективності та превенції ускладнень від призначення генеричних протизапальних і знеболюючих препаратів у фармакологічній та стоматологічній практиці. 2) Виявлення аномальних серій препаратів на ринку та перед застосуванням пацієнтам лікарського препарату, який містить лікарську субстанцію у вигляді твердої речовини (таблетки, капсули, суспензії для перорального застосування, суспензії для парентерального застосування та інші) з метою превенції болю та запалення. 3) Розроблення генеричного препарату
11. Лікарські препарати, субстанція яких не представлена у вигляді твердої речовини.
12. Не виявлено.
13. Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Національна академія медичних наук України, Державна установа «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва». 02094, м. Київ, вул. Попудренка, 50. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
15. Левін М.Г., Ніколаєва Я.Ю., Кузнецова О.М., Леоненко Г.П., Кокоєва Ю.В. (0444840163), Останіна Н.В., Гуменюк О.А., Дорошенко О.М., Леоненко П.В., Білозір А.І., Биков С.М.

Реєстр. № 228/6/19

1. СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО НАБОРУ ПРОТЕТИЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ДЛЯ БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ, ФОРМУВАННЯ ПРОФІЛЮ ПРОРІЗУВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН У ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ.
2. НДР «Персоналізований підхід до безпосереднього протезування на дентальних імплантатах», 0117U006528, 2017-2021 рр.; «Мультидисциплінарний підхід до клініки, діагностики, методів лікування аномалій і деформацій окремих зубів, зубних рядів та прикусів», 0112U001417, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 141292. МПК A61C 8/00, A61C 9/00, A61C 13/34 (2006.01). Спосіб виготовлення персоналізованого набору протетичних елементів для безпосереднього протезування, формування профілю прорізування м'яких тканин у дентальній імплантації / Кокоєва Ю.В., Леоненко Г.П., Біда В.І., Леоненко П.В.; заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - № u201911286; заявл. 20.11.2019; опубл. 25.03.2020. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Заявлена корисна модель належить до галузі медицини, зокрема, до хірургічної та ортопедичної стоматології і може бути використана при протезуванні та формуванні профілю прорізування м'яких тканин у дентальній імплантації шляхом виготовлення персоналізованого набору протетичних елементів для безпосереднього протезування для формування м'яких тканин після проведення дентальної імплантації. Суть способу виготовлення персоналізованого набору протетичних елементів для безпосереднього протезування, формування профілю прорізування м'яких тканин у дентальній імплантації полягає в тому, що включає зняття відбитків верхньої і нижньої щелеп та оклюзійного відбитку, сканування відбитків лабораторним сканером, встановлення дентального імплантату, проте, згідно з корисною моделлю, перед зняттям відбитків пацієнту проводять конусно- променеву комп'ютерну томографію щелеп у форматі DICOM та експортують у файл формату STL в CAD-програмне забезпечення, після сканування відбитків лабораторним сканером їх у форматі STL експортують у CAD-програмне забезпечення, де у бібліотеці «цифрове воскове моделювання» проводять моделювання зразка під'ясенної частини майбутньої персоналізованої ортопедичної конструкції, далі моделюють над'ясенну частину персоналізованої конструкції коронки/абатмента/формувача ясен з основою на титановій платформі або на multiunit абатменті з урахуванням зразка зубу та з прорисовуванням змодельованої персоналізованої під'ясенної частини майбутньої конструкції, далі планують дентальну імплантацію, для чого STL-файл 3D моделі та готової індивідуальної конструкції коронки/абатменту/формувача ясен і DICOM-файл комп'ютерної томографії пацієнта імпортують в апаратно-програмне забезпечення, в якому по контрольних точках від 3 до 5 або в ручному режимі співставляють файли STL і DICOM. Потім дентальний імплантат розташовують у відповідній позиції з урахуванням контурів змодельованої готової індивідуальної конструкції коронки/абатменту/формувача ясен і генерують контур навігаційного шаблону з наступною його корекцією в автоматичному режимі та додатково у ручному режимі, після чого проводять виготовлення навігаційного шаблону методом фрезерування або 3D-друкування, для цього змодельовану твердотільну модель навігаційного шаблону імпортують у формат STL-файлу та експортують у CAM-модуль програмного забезпечення фрезера або принтера, далі з урахуванням позиції імплантату, остаточно корегують над'ясенну частину персоналізованої конструкції коронки/абатмента/формувача ясен з основою на титановій платформі або на multi

unit абатменті з врахуванням зразка зубу і остаточного положення дентального імплантату з фінішною корекцією попередньо змодельованої під'ясенної частини майбутньої конструкції, потім здійснюють виготовлення персоналізованої конструкції коронки/абатменту/формувача ясен шляхом фрезерування або 3D- друкування з поліметиметакрилатної пластмаси чи шляхом фрезерування конструкції з поліефірефіркетону або діоксиду цирконію, для чого змодельовану твердотільну модель індивідуальної конструкції коронки/абатменту/формувача ясен імпортують у формат STL-файлу та експортують у CAM-модуль програмного забезпечення фрезера або принтера, далі встановлюють дентальний імплантат через навігаційний шаблон, після чого приймають тактику щодо фіксації персоналізованої ортопедичної конструкції як коронки без внесення додаткових змін та/або як абатменту або формувача ясен після проведення модифікації даної конструкції лікарем стоматологом-ортопедом.

8. Спосіб виготовлення персоналізованого набору протетичних елементів для безпосереднього протезування, формування профілю прорізування м'яких тканин у дентальній імплантації дозволяє: скоротити час для досягнення максимального функціонального та естетичного результату, зменшити витрати робочого часу лікаря стоматолога-ортопеда та зубного техніка на персоналізоване ортопедичне лікування, протезування з опорою на дентальних імплантатах, з мінімальним травмуванням ясен та прогнозованим процесом загоєння. Даний спосіб може бути застосований під час проведення негайної дентальної імплантації одразу після видалення зубів та/або для виконання безпосереднього протезування відразу після встановлення дентального імплантату.
9. Зубний технік, лікар стоматолог-ортопед. Стоматологічне оснащення: конусно- променева комп'ютерна томограма щелеп пацієнта у форматі DICOM; внутрішньоротовий сканер для отримання цифрових 3D-моделей щелеп або відбитковий матеріал для зняття відбитків; CAD-програмне забезпечення для моделювання зразка під'ясенної та над'ясенної частин майбутньої персоналізованої ортопедичної конструкції; апаратно-програмне забезпечення для планування дентальної імплантації; 3D фрезер або принтер.
10. Дефекти зубних рядів. Заміщення зубів, що потребують видалення.
11. Абсолютні та відносні протипоказання до проведення дентальної імплантації, а саме: хронічні захворювання в стадії декомпенсації, порушення коагуляції та гемостазу, інфекційні захворювання (ВІЛ/СНІД) та хронічні інфекційні захворювання (туберкульоз, актиномікоз), психічні захворювання, загострення хронічних захворювань, перенесений інфаркт або інсульт (протягом останніх 6 місяців), остеопатії, гострі запальні процеси в порожнині рота.
12. Не виявлено.
13. Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
15. Кокоєва Ю.В. (0444840163), Леоненко Г.П., Біда В.І., Леоненко П.В.

Реєстр. № 229/6/19 1. ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ СИСТЕМНОЇ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ.

2. НДР «Особливості клініки, діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей з вадами розвитку», 0119U100454, 2019-2021 рр.
3. Стоматологія.

4. 1+,А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Комплекс лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) для дітей з порушенням формування зубів у вигляді системної гіпоплазії емалі (СГЕ) передбачає проведення: гігієнічного навчання; санації порожнини рота; професійної гігієни порожнини рота; надання рекомендацій щодо ортодонтичного або хірургічного лікування з метою усунення місцевих чинників ризику розвитку стоматологічних захворювань; корекції дієти, спрямованої на профілактику карієсу зубів; диференційованої екзогенної профілактики карієсу зубів в залежності від клінічної форми СГЕ: при плямистій формі - глибоке фторування емалі; при ерозивній та борозенчастій - застосування ремінералізуючого крему на водній основі, який містить казеїн фосфопептид аморфний кальцій фосфат (CPP-ACP), а у разі алергії у дитини на казеїн - призначення ремінералізуючого гелю, до складу якого входять макроелементи (кальцій, фосфор, магній) і ксиліт.
8. Знижується ураженість карієсом зубів у дітей 6-12-років на тлі СГЕ через диференційоване призначення розробленого комплексу ЛПЗ в залежності від віку дітей, стадії формування кореня, клінічної форми СГЕ. Карієспрофілактичні заходи, що діють комплексно усувають не тільки етіологічний фактор, покращуючи рівень гігієни ПР, а й впливають патогенетично шляхом місцевої дії ремінералізуючих засобів на емаль та через підвищення мінералізуючого потенціалу ротової рідини. Це створює умови для швидкого усунення негативних наслідків дії кислот. Редукція приросту карієсу при застосуванні розробленого комплексу ЛПЗ у дітей з СГЕ складає 39 та 25% (на тлі коморбідної патології). Медичний ефект: полягає у попередженні розвитку ускладнень СГЕ у вигляді каріозних порожнин на тлі гіпопластичних ділянок емалі. Економічний ефект: відсутня потреба у коштовному оперативному лікування каріозних порожнин через збереження анатомічної цілісності зуба та функціональної повноцінності його твердих тканин. Соціальний ефект: гарна естетика має вагоме значення для позитивного психологічного стану пацієнтів дитячого віку.
9. Стоматологічне забезпечення (стоматологічна установка, стоматологічні інструменти (наконечник, оглядовий набір інструментів, щіточки, аплікатори, флоси)); медикаментозне забезпечення (засоби для професійної гігієни порожнини рота, для екзогенної профілактики карієсу (препарати глибокого фторування емалі, ремінералізуючий крем на водній основі, який містить CPP-ACP, ремінералізуючий гель з макроелементами (кальцій, фосфор, магній) і ксилітом).
10. Системна гіпоплазія емалі постійних зубів серед дітей 6-12-ти років.
11. Ремінералізуючого крему на водній основі, який містить казеїн фосфопептид аморфний кальцій фосфат (CPP-ACP) у разі алергії до казеїну.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань. м. Київ, вул. Зоологічна, 1.
14. Немає.
15. Любарець С.Ф. (0984324254), Савичук О.В., Шаповалова Г.І.

Реєстр. № 230/6/19

1. ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗА- ЦІЇ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ.

2. НДР «Особливості клініки, діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей з вадами розвитку», 0119U100454, 2019-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Комплекс лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) для дітей з порушенням формування зубів у вигляді молярно-різцевої гіпомінералізації емалі (МРГ) передбачає проведення: гігієнічного навчання; санації порожнини рота; професійної гігієни порожнини рота; надання рекомендацій щодо ортодонтичного або хірургічного лікування з метою усунення місцевих чинників ризику розвитку стоматологічних захворювань; корекції дієти, спрямованої на профілактику карієсу зубів; диференційованої екзогенної профілактики карієсу зубів в залежності від ступеня тяжкості МРГ: при легкому ступені - глибоке фторування емалі на контактних, гладких (різці, моляри) та жувальних поверхнях постійних зубів (молярів); при середньому та тяжкому ступенях - застосування ремінералізуючого крему на водній основі, який містить казеїн фосфопептид аморфний кальцій фосфат (CPP-ACP), а у разі алергії у дитини на казеїн - призначення ремінералізуючого гелю, до складу якого входять макроелементи (кальцій, фосфор, магній) і ксиліт.
8. Знижується ураженість карієсом зубів у дітей 6-12-років на тлі МРГ через диференційоване призначення розробленого комплексу ЛПЗ в залежності від віку дітей, стадії формування кореня, ступеня тяжкості МРГ. Карієспрофілактичні заходи, що діють комплексно усувають не тільки етіологічний фактор, покращуючи рівень гігієни порожнини рота, а й впливають патогенетично шляхом місцевої дії ремінералізуючих засобів на емаль та через підвищення мінералізуючого потенціалу ротової рідини. Це створює умови для швидкого усунення негативних наслідків дії кислот. Редукція приросту карієсу при застосуванні розробленого комплексу ЛПЗ у дітей з МРГ складає 36,84 та 22,22% (на тлі коморбідної патології). Медичний ефект: полягає у попередженні розвитку ускладнень МРГ у вигляді каріозних порожнин, що можуть охоплювати одночасно декілька поверхонь коронок різців і молярів. Економічний ефект: відсутня потреба у коштовному оперативному терапевтичному та ортопедичному лікуванні каріозних порожнин через збереження анатомічної цілісності зубів та зубних рядів. Соціальний ефект: гарна естетика має вагоме значення для позитивного психологічного стану пацієнтів дитячого віку.
9. Стоматологічне забезпечення (стоматологічна установка, стоматологічні інструменти (наконечник, оглядовий набір, щіточки, аплікатори, флоси); медикаментозне забезпечення (засоби для професійної гігієни порожнини рота, для екзогенної профілактики карієсу (препарати глибокого фторування емалі, ремінералізуючий крем на водній основі, який містить CPP-ACP, ремінералізуючий гель з макроелементами (кальцій, фосфор, магній) і ксилітом.
10. Молярно-різцева гіпомінералізація емалі постійних зубів серед дітей 6-12-років.
11. Ремінералізуючого крему на водній основі, який містить казеїн фосфопептид аморфний кальцій фосфат (CPP-ACP) у разі алергії до казеїну.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань. м. Київ, вул. Зоологічна, 1.
14. Немає.
15. Любарець С.Ф. (0984324254), Біденко Н.В., Савичук О.В.

Реєстр. № 231/6/19

1. МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ (ХРАС) У ПІДЛІТКІВ З ЗАСТОСУВАННЯМ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОГО МЕТОДУ.
2. НДР «Особливості клініки, діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей з вадами розвитку», 0119U100454, 2019-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб комбінованого місцевого лікування елементів ураження слизової оболонки порожнини рота (афт) при хронічному рецидивуючому афтозному стоматиті у підлітків включає проведення знеболення (гель «Камістад»), антисептичної обробки порожнини рота (зрошування 0,2% розчином хлоргексидину) та протизапальної терапії (обробка афт препаратом «Сандрін»). Кератопластична терапія передбачає місцеве введення гелю «Солкосеріл» на поверхню афт (на етапі їх епітелізації) методом фонорезу: тривалість процедури складає 5 хвилин (інтенсивність 0,3 Вт/см^3 у постійному режимі генерації). Кількість фізіотерапевтичних процедур визначається в залежності від стану СОПР (в середньому 5 -8 сеансів).
8. Фізіотерапевтичний метод введення кератопластичного препарату (фонофорез) забезпечує більш глибоке проникнення лікарського засобу в товщу слизової оболонки порожнини рота в ділянці афти. Це дозволяє прискорити термін епітелізації афти та в свою чергу скоротити етап лікування рецидиву ХРАС у підлітків. Медичний ефект: покращується ефективність лікування ХРАС шляхом оптимізації місцевої терапії елементів ураження в порожнині рота. Скорочується термін лікування афт. Економічний ефект: зменшується кількість відвідувань стоматолога з приводу місцевої терапії афтозних уражень в порожнині рота у дітей під час рецидиву. Соціальний ефект: покращується загальне самопочуття пацієнтів через зменшення терміну лікування ХРАС та суттєве зниження відчуття дискомфорту в порожнині рота.
9. Стоматологічне забезпечення (стоматологічна установка, стоматологічний оглядовий набір інструментів); медикаментозне забезпечення (анестетик «Камістад», р-н антисептика 0,2% хлоргексидину, протизапальний («Сандрін») та кератопластичний (гель «Солкосерил») засоби для порожнини рота); фізіотерапевтичне забезпечення (апарат для фонофорезу).
10. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит у підлітків в стадії рецидиву.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань. м. Київ, вул. Зоологічна, 1.
14. Немає.
15. Зайцева Є.М. (0972364958), Савичук О.В., Шаповалова Г.І.

Реєстр. № 232/6/19 1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, СПОЛУЧНИХ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКУ.

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 № 136179. МПК (2019.01) А61К 36/00, А61К 9/665. Спосіб місцевого лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота сполучних із виразковою хворобою шлунку / Кравченко Л.С., Гончаренко О.В.; заявник і патентовласник Одеський нац. мед. університет. - № u201901502; заявл. 14.02.2019; опубл. 12.08.2019. Бюл. № 15.
6. Запальні ускладнення в ротовій порожнині при виразковій хворобі шлунку, спеціальний ополіскувач, флюктуоризація, місцева терапія, міські, обласні стоматологічні установи.
7. Запропонований спосіб лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота включає одночасне сполучне застосування лікувального ополіскувача на основі продуктів бджільництва і біологічно активних речовин, шляхом аплікацій у вигляді накладання змочених марлевих тампонів на область запалення та флюктуоризації, впливаючої на уражені поверхні флюктуіруючим струмом інтенсивністю 1 -2 мА/см^2, стоматологічним флюктуоризатором, із встановленими подвоєними електродами (анод) на шкірі лиця в ділянці верхньої і нижньої шелеп на проекцію уражених тканин та розташованим у шийному відділі хребта пасивному катоді, протягом 10-15 хв, щоденно, курсом 7-10 днів, що забезпечує знеболення, купірування запалення, нормалізацію гомеостазу, кровообігу, обмінних та репаративних процесів в ротовій порожнині та активізацію регенерації ушкоджених тканин.
8. Розроблений спосіб лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота, сполучних із виразковою хворобою шлунку, дозволить швидше досягти вираженого терапевтичного ефекту із відновленням структурно- функціонального стану в порожнині рота, що скоротить у 2 рази термін лікування, підвищить якість життя хворих при зменшених економічних витратах на використання низьких за собівартістю заходів.
9. Стоматологічний зонд.
10. Стан слизової оболонки ротової порожнини у хворих з виразковою хворобою шлунку.
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., Гончаренко О.В., Івченко Н.А.

Реєстр. № 233/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОСИТУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 136597. МПК А61К 6/00, А61К 31/00, А61Р 1/00 Спосіб лікування десквамативного глоситу при патології шлунково-кишкового тракту / Петрушанко Т.О., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., МарченкоА.В., Чечотіна С.Ю. - № u201902375; заявл. 11.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.

7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії хворих на хронічний десквамативний глосит при патології шлунково-кишкового тракту.
8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу хворих на десквамативний глосит після обстеження у стоматолога і гастроентеролога через місяць після початку комплексної терапії, а також в динаміці об'єктивного стану слизової оболонки язика.
9. Таблетки «Альтан», мазь «Альтанова» 2%, виробник ПАТ «Науково-виробничий центр «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод», Україна.
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви десквамативного глоситу у хворих при патології шлунково-кишкового тракту.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Литовченко І.Ю., Петрушанко Т.О. (0506321540), Дев'яткіна Т.О., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., МарченкоА.В., Чечотіна С.Ю.

Реєстр. № 234/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІНГІВІТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ХВОРИХ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 136840. МПК A61K 6/00, A61K 31/00, A61P 1/02 Спосіб лікування гінгівіту в ортодонтичних хворих / Петрушанко Т.О., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Чечотіна С.Ю. - № u201902393; заявл. 11.03.2019; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб терапії може бути застосований для лікування хронічного катаральнного гінгівіту, хронічного гіпертрофічного гінгівіту, набрякової форми, в ортодонтичних хворих.
8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного статусу, усуненні ознак запалення ясен при лікуванні гінгівіту в ортодонтичних хворих.
9. Таблетки «Тіотриазолін», «Бішофіт Полтавський», 10% розчин, органічна зубна паста та ополіскувач Bisheffekt, на основі бішофіту.
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви хронічного катаральнного гінгівіту, хронічного гіпертрофічного гінгівіту, набрякової форми, в ортодонтичних хворих.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Литовченко І.Ю., Петрушанко Т.О. (0506321540), Дев'яткіна Т.О., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Чечотіна С.Ю..

Реєстр. № 235/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ.
2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 135910. МПК А61К 6/00, А61К 31/00. Спосіб лікування хронічного кандидозного стоматиту / Іленко Н.М., Литовченко І.Ю., Петрушанко Т.О., Ніколішина Е.В., Марченко А.В. - № u201901391; заявл.11.02.2019; опубл.25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії хворих на хронічний кандидозний стоматит з атрофічною та з гіперпластичною формами.
8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у попередженні розвитку ускладнень антибіотикотерапії, відновленні мікрофлори слизової оболонки порожнини рота у хворих на хронічний кандидозний стоматит з атрофічною та гіперпластичною формами.
9. Мазь «Мірамістин-Дарниця», мазь «Клотримазол», анілінові барвники (метиленовий синій, брильянтовий зелений, фуксін), препарати йоду (йодинол, розчин Люголя).
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви хронічного кандидозного стоматиту з атрофічною та гіперпластичною формами у хворих.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Петрушанко Т.О. (0506321540), Ніколішина Е.В., Марченко А.В.

Реєстр. № 236/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТУ ПРИ МІКСТ- ІНФЕКЦІЇ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 135911. МПК А61К 35/741, А61Р 1/02. Спосіб лікування дисбактеріозу порожнини роту при мікст-інфекції / Петрушанко Т.О., Ніколішина Е.В., Іленко Н.М., Марченко А.В., Литовченко І.Ю. - № u201901393; заявл. 11.02.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії дисбактеріозу порожнини роту при мікст-інфекції.
8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у попередженні розвитку ускладнень антибіотикотерапії, відновленні мікрофлори слизової оболонки порожнини рота у хворих на дисбактеріоз порожнини роту при мікст-інфекції.
9. Льодяники «Лісобакт», жувальні таблетки «БіоГая».
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є

дисбактеріоз порожнини роту при мікст-інфекції.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Петрушанко Т.О. (0506321540), Ніколішина Е.В., Іленко Н.М., Марченко А.В., Литовченко І.Ю.

Реєстр. № 237/6/19 1.
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ХЕЙЛІТУ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 136839. МПК А61К 39/00, А61Р 7/00. Спосіб лікування атопічного хейліту / Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. - № u201902388; заявл. 11.03.2019; опубл. 10.09.2019. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії атопічного хейліту.
8. Запропонований спосіб лікування направлений на ланки патогенезу, завдяки чому дозволяє контролювати симптоми захворювання (свербіж, набряк, еритему), попереджує розвиток ускладнень (перехід в екзематозну форму), а також сприяє відновленню уражених ділянок шкіри та червоної кайми губ.
9. Таблетки «Еріус», крем «Елідел».
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є атопічний хейліт.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Петрушанко Т.О. (0506321540), Литовченко І.Ю.

Реєстр. № 238/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ
ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНОГО ГІНГІВІТУ

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 20152019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 137572. МПК А61К 9/12, А61К 31/00, А61К 31/424, А61Р 31/00, А61Р 1/02 Спосіб лікування виразково-некротичного гінгівіту / Попович І.Ю., Литовченко І.Ю., Петрушанко Т.О., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В. - № u201904205; заявл.19.04.2019; опубл.25.10.2019. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії хворих на виразково-некротичний гінгівіт.

8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу хворих на виразково-некротичний гінгівіт після проведення комплексної терапії, а також в динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.
9. Спрей «Тантум верде», таблетки «Аугментин», таблетки «Еріус».
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є прояви у хворих симптомів виразково-некротичного гінгівіту.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Попович І.Ю., Петрушанко Т.О. (0506321540), Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В..

Реєстр. № 239/6/19 1. СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ.

2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2017-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 137645. МПК А61С 13/23 (2006.01), С09J 11/00 Спосіб фіксації знімних пластинкових протезів / Ніколішин І.А., Добровольський О.В. - № u201905396; заявл. 20.05.2019; опубл. 25.10.2019. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для покращення фіксації знімних пластинкових протезів.
8. Позитивний ефект даного способу фіксації полягає в усуненні зазору між базисом конструкції протезу та атрофованою слизовою оболонкою порожнини рота, завдяки даного методу збільшується термін користування знімними пластинковими протезами.
9. Еластична підкладка із А-силікону «Ufi Gel P», рідина для починки гнучких протезів Vertex Thermo Fusing Liquid.
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є наявність зазору між базисом конструкції протезу та атрофованою слизовою оболонкою порожнини рота.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів матеріалів для фіксації протезів.
12. Алергічні реакції на компоненти матеріалів для фіксації протезів.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Дворник В.М., Ніколішин І.А. (0958793750), Добровольський О.В., Добровольська О.В.

Реєстр. № 240/6/19 1. СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ПРОТЕЗІВ З ПОДВІЙНИМ БАЗИСОМ.

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 № 126683. МПК А61С 13/00 (2018.01) Спосіб виготовлення протезів з подвійним базисом / Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Нідзельський М.Я. - № u201801893; заявл. 23.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. №12.
6. Немає.
7. Спосіб виготовлення протезів з подвійним базисом полягає у виготовленні м’якого шару (підкладки) методом вакуумної штамповки термопластичної пластинки.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, нанесення м'якого матеріалу на жорсткий каркас знімного протеза методом штамповки. Перевагою запропонованого нами методу є те, що для його здійснення немає необхідності в придбанні, або в розробці нових підкладочних матеріалів, спеціального обладнання, так як використовуються існуючі матеріали та обладнання для зуботехнічних робіт.
9. Набір термопластичних матеріалів з малим модулем Юнга та пристрою для вакуумного пресування.
10. При виготовленні знімних пластинкових конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Нідзельський М.Я. (0532221844).

Реєстр. № 241/6/19 1. СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ПРИКУСНИХ ШАБЛОНІВ ЗА ТАРАШЕВСЬКОЮ.

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 № 126685. МПК А61С 13/007 (2018.01). Спосіб виготовлення прикусних шаблонів за Тарашевською / Тарашевська Ю.Є. - № u201801899; заявл. 23.02.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб виготовлення знімних пластинкових протезів включає виготовлення прикусного шаблону базис якого виготовляється з термопластичної пластинки методом вакуумного штампування.
8. Медичний та соціальний. Запропоновано, виготовлення прикусних шаблонів, базис яких виконаний з жорстких термопластичних пластин. Запропонований спосіб дає можливість покращити функціональну цінність протезів. Саме через можливість індивідуального відтворення архітектоніки протезного ложа.
9. Набір жорстких термопластичних пластин та пристрою для вакуумного пресування.
10. При виготовленні знімних пластинкових конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарашевська Ю.Є. (0532221844).

Реєстр. № 242/6/19

1. ТЕЛЕСКОПІЧНА СИСТЕМА ФІКСАЦІЇ ЧАСТКОВИХ 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 № 128155. МПК А61С 13/00; А61С 13/277 (2018.1) Телескопічна система фіксації знімних часткових протезів / Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Макаренко О.В. - № u201801860; заявл. 23.02.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Удосконалена система фіксації знімних часткових протезів, що включає в собі внутрішню металеву коронку (ковпачок) конічної форми, на зовнішній поверхні якої знаходиться колове заглиблення у вигляді «пісочного годинника», яке у подальшому заповнюється еластичною базисною пластмасою зовнішньої коронки, яка виконана у вигляді порожнистого утворення безпосередньо у внутрішній частині базису знімного протезу, забезпечує дозовану фіксацію часткових знімних протезів.
8. Медичний та соціальний. Удосконалена система фіксації знімних часткових протезів, забезпечує дозовану фіксацію часткових знімних протезів, як під час функціональних навантажень так і у їх відсутність.
9. Наявність термопластичних, базисних полімерних матеріалів.
10. При виготовленні знімних пластинкових конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарашевська Ю.Є. (0532221844), Шиян Є.Г., Макаренко О.В.

Реєстр. № 243/6/19 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 № 128156. МПК А61С 13/00; А61С 13/277 (2018.1) . Телескопічне кріплення знімних протезів / Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Нідзельський М.Я. - № u201801861; заявл. 23.02.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. №17.
6. Немає.
7. Система фіксації знімних часткових протезів, що передбачає виконання опорного ковпачка з напівкруглим заглибленням «синусоїдальної» форми та фіксуючої коронок з еластичним ковпачком між ними.
8. Медичний та соціальний. Удосконалена система фіксації знімних часткових протезів, дозволяє покращити одну із необхідних стабілізуючих функцій кріплення.
9. Наявність термопластичних, або самополімерезуючих еластичних полімерних матеріалів.
10. При виготовленні знімних пластинкових конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Немає.
15. Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Нідзельський М.Я. (0532221844).

Реєстр. № 244/6/19 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ДІАТОРИЧНИХ УТВОРЕНЬ.

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 № 128157. МПК А61С 3/06 (2018.01). Пристрій для діаторичних утворень / Тарашевська Ю.Є., Шиян Є.Г., Макаренко В.І. - № u201801877; заявл. 23.02.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Пристрій для діаторичних утворень складається з хвостовика, з'єднаного з основою робочої головки з абразивним покриттям, причому шийка хвостовика має додатково абразивне покриття.
8. Медичний та соціальний. Запропонована конструкція абразивного інструмента дає можливість утворювати лінійну порожнину діаторичної форми.
9. Наявність термопластичних, або самополімерезуючих еластичних полімерних матеріалів.
10. При виготовленні знімних пластинкових конструкцій зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарашевська Ю.Є. (0532221844), Шиян Є.Г., Макаренко В.І.

Реєстр. № 245/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРІІМПЛАНТАТНОГО МУКОЗИТУ.

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», 0118u004456, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 126148. МПК А61К 31/00, А61К 6/00 (2018.1) , А61Р 31/02 (2006.01). Спосіб лікування періімплантатного мукозиту / Фаустова М.О., Назарчук О.О., Петрушанко Т.О., Лобань Г.А., Ананьєва М.М., Басараб Я.О. - № u201712658; заявл. 20.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб лікування періімплантантного мукозиту, що включає обробку ураженої ділянки слизової оболонки порожнини рота антисептиком у вигляді аплікацій, який відрізняється тим, що як антисептик використовують препарат «Декасан» протягом 14 діб.
8. В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб лікування періімплантатних мукозитів. Позитивний ефект полягає в тому, що при наявності інфекційно-запальних ускладненнях одонтоімплантації у вигляді періімплантатного мукозиту вітчизняний антисептик «Декасан» має позитивну динаміку в лікуванні і швидкому усуненні ускладнень протягом двох тижнів лікування.
9. «Декасан» 0,02% розчин.

10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є періімплантатний мукозит.
11. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Фаустова М.О. (0666192820), Назарчук О.О., Петрушанко Т.О., Лобань Г.А., Ананьєва М.М., Басараб Я.О.

Реєстр. № 246/6/19 1.
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРІІМПЛАНТИТУ

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», 0118U004456, 2018-2022 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 127653. МПК A61K 31/00 (2018,01), A61P 1/02 (2006,1) , A61P 31/02 (2006,01). Спосіб лікування періімплантиту / Ананьєва М.М., Назарчук О.О., Фаустова М.О., Лобань Г.А., Аветіков Д.С. - № u201803760; заявл. 06.04.2018; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Спосіб лікування періімплантиту, що включає висічення слизової оболонки над імплантатом, видалення заглушки, антисептичної обробки рани та різьбового каналу імплантату з наступним встановленням формувача ясневої манжетки та обробки періімплантатної ділянки антисептиком у вигляді полоскань 1 раз на добу протягом 10- 14 діб, та відрізняється тим, що в якості антисептика використовується препарат «Декасан».
8. В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб лікування періімплантитів. Позитивний ефект полягає в тому, що при наявності інфекційно- запальних ускладненнях одонтоімплантації у вигляді периімплантиту вітчизняний антисептик «Декасан» має позитивну динаміку в лікуванні і швидкому усуненні ускладнень.
9. «Декасан» 0,02% розчин.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є періімплантит.
11. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Ананьєва М.М., Назарчук О.А., Фаустова М.О. (0666192820), Лобань Г.А., Аветіков Д.С.

Реєстр. № 247/6/19 1. СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОСТРУКТУРИ ПОВЕРХНІ ІМПЛАНТАТІВ.

2. НДР «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, уражень тканин пародонту та СНЩС у дорослих», 0117U000302.
3. Ортопедична стоматологія.
4. 2+;С.

5. Патент України на корисну модель № 126576. МПК (2018.01) A61C 19/00, A61C 8/00. Спосіб дослідження мікроструктури поверхні імплантатів / Єфименко А.С., Король Д.М., Бялік Г.А., Король М.Д. - № u201800788; заявл. 29.01.2018; опубл. 25.06.2018. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб дослідження мікроструктури поверхні імплантатів за допомогою мікроскопу ПМТ-3, який забезпечує вивчення ступеня розвиненості рельєфу поверхні імплантату.
8. Запропонований пристрій має первинне значення і пов'язане з дослідженням визначення оптимальних параметрів мікроструктури імплантату, що має велике значення для остеоінтеграції.
9. Мікроскоп ПМТ-3, який забезпечує вивчення ступеня розвиненості рельєфу поверхні імплантату.
10. Виготовлення знімних і незнімних конструкцій зубних протезів з опорою на імплантати.
11. Не виявлено
12. Можливі помилки: не якісне дослідження поверхні імплантатів.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Єфименко АС. (0502212862), Король Д.М. (0532606809), Бялік ГА. (0502212862), Король М.Д. (0505084018).

Реєстр. № 248/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 122727. МПК A61K 35/747. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту / Петрушанко Т.О., Мошель Т.М., Ганчо О.В. - № u201707501; заявл. 17.07.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит і включає застосування імунобіологічої терапії, яка відрізняється тим, що в якості пробіотика для місцевого і загального лікування застосовують препарат «Лацидофіл форте». Спосіб здійснюється наступним чином: після професійної гігієни порожнини рота і кюретажу пародонтальних кишень вміст однієї капсули препарату «Лацидофіл форте» розчинюється у 20 мл теплої кип'яченої води, отриманий розчин пацієнт утримує у порожнині рота протягом 2 хвилин, після чого його ковтає. Дана процедура проводиться 1 раз на добу впродовж 10 днів.
8. Запропонований спосіб лікування генералізованого пародонтиту простий у виконанні, скорочує кількість відвідувань, попереджує розвиток ускладнень, сприяє ремісії генералізованого пародонтиту шляхом нормалізації мікрофлори пародонтальних кишень за рахунок збільшення кількості сапрофітної мікрофлори.
9. Апарати та інструментарій для професійної гігієни порожнини рота, пробіотик «Лацидофіл форте».
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованого способу лікування є хронічний генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості.

11. Підвищена чутливість до препарату, який входять до способу лікування.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Петрушанко Т.О., Мошель Т.М. (0532522882), Ганчо О.В.

Реєстр. № 249/6/19 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІКРОГНАТІЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ.

2. НДР «Міждисциплінарний підхід до діагностики, профілактики та лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями», 0118U004343, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 127824. МПК А61С 7/00, А61С 7/10 (2006.01). Пристрій для лікування мікрогнатії нижньої щелепи при дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / Смаглюк Л.В., Смаглюк В.І., Ляховська А.В., Дубровіна О.В.. - № u201801874 ; заявл. 23.02.2018; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Лікування мікрогнатії нижньої щелепи при дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу здійснюється за допомогою запропонованого пристрою, який складається з базису, оклюзійних накладок, що моделюються вертикально без відбитків зубів, гвинта, круглих гнутих кламерів із завитком для незнімної фіксації за допомогою фотополімерного матеріалу. Пристрій можливо використовувати при клінічних проявах м’язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу, яка пов’язана з нефізіологічним положенням нижньої щелепи та її мікрогнатією. Дана корисна модель дозволяє розширити нижню щелепу, що зумовлює збільшення площі оклюзійних контактів та забезпечує їх рівномірність. В той же час оклюзійна поверхня виконана таким чином, що дозволяє фіксувати нижню щелепу у найбільш комфортному положенні, у якому зменшується компресія суглобового диску, а м’язи працюють у найбільш ефективному режимі.
8. Фіксація нижньої щелепи у найбільш комфортному положенні після депрограмації роботи жувальних м’язів з подальшою їх роботою в новому більш ефективному режимі. Однією з головних переваг є розширення нижньої щелепи, зміна язикового нахилу бічних зубів, усунення симптомів дисфункції СНЩС.
9. Відбитковий матеріал (силіконовий), А-силікон для реєстрації прикусу, передній депрограматор, лицьова дуга, гіпс для виготовлення моделей, артикуляційний гіпс, артикулятор, електроміограф, електроди, провідний гель, ватні валики, аркуш паперу, ручка, пластмаса для виготовлення ортодонтичних конструкцій, гвинт для розширення 6,5мм, дріт 0,7мм.
10. Зубо-щелепні аномалії, дистальний прикус, мікрогнатія нижньої щелепи, дисфункція СНЩС.
11. Не виявлено.
12. Можливі помилки: у визначенні положення нижньої щелепи.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Смаглюк Л.В., Ляховська А.В. (0669945461).

Реєстр. № 250/6/19

1. ЗУБНА ЩІТКА ІЗ ЗВУКОВОЮ ВІБРАЦІЄЮ.
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушенням опорно-рухового апарату», 0112U004469.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 133373. МПК А61С 9/00. Зубна щітка із звуковою вібрацією / Зайцев А.В., Бойченко О.М., Котелевська Н.В. Ніколішин А.К. - № u201803371; заявл.06.04.2018; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Актуальність впровадження використання нової зубної щітки із звуковою вібрацією, що запропонована авторами, обумовлена невпинним зростанням патологічних процесів твердих тканин зубів та тканин пародонту. Ротова порожнина здорової людини заселена великою кількістю мікроорганізмів, які входять до складу зубного нальоту, але при певних умовах ці мікроорганізми сприяють розвитку карієсу та захворювань тканин пародонту. Постійна життєдіяльність мікрофлори порожнини рота викликає неоднозначність у ставленні до неї з боку представників медицини, що викликає різноманіття стратегії і тактики в підходах до лікування патологічних процесів.
8. В основі запропонованого медичного пристрою для впровадження нововведення є задача підвищення ефективності профілактичних дій для зменшення зубного нальоту, що сприяє запобіганню виникнення карієсу та запальних захворювань тканин пародонту. Зазначена «Зубна щітка із звуковою вібрацією», нетоксична, безпечна, не має подразнюючої дії на слизову оболонку порожнини рота , значно підвищує показання до її застосування.
9. Відбиткова альгінатна маса, відбиткова ложка.
10. Первинна та вторинна профілактика карієсу та хвороб пародонту.
11. Діти молодші 6-7 років.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Зайцев А.В., Бойченко О.М. (0502203877), Котелевська Н.В. Ніколішин А.К.

Реєстр. № 251/6/19 1. СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТУ.

2. НДР «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, ендодонту, пародонту та СОПР», 0115U001138, 2014-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 135815. МПК А61К 6/00. Спосіб консервативного лікування пульпіту / Бублій Т.Д., Костиренко О.П. - № u201812576; заявл. 17.12.2018; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб консервативного лікування пульпіту, що включає покриття рога пульпи пастою, що готується змішуванням білої глини та цитратного буферу, що вступає в хімічну реакцію з іонами кальцію, що містяться в дентині та утворює своєрідну біологічно інертну кореневу пломбу, яка захищає вскритий ріг пульпи.

8. Спосіб консервативного лікування пульпіту є більш ефективним в порівнянні з відомими способами, тому що при його застосуванні проводиться одноразове використання запропонованого розчину без застосування додаткового обладнання, а самостійно утворений осад цитрату кальцію із власних резервів ліквору дентинних канальців є природною сполукою в твердих тканинах зубів, завдяки чому зростає ефективність віддалених термінів лікування, розширюються показання до консервативного лікування зворотних форм пульпітів (вік пацієнтів та локалізація порожнин V класу за Блеком в однокореневих зубах).
9. Запропонований цитратний буфер, біла глина, стоматологічні інструменти.
10. Наявність зворотних запальних процесів тканин пульпи, визначених основними клінічними та додатковими методами дослідження згідно протоколів надання медичної допомоги.
11. Незворотні форми пульпітів.
12. Можлива помилка - недотримання методики лікування, що проявиться відповідною запальною реакцією.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Бублій Т.Д. (0532222882), Костиренко О.П.

Реєстр. № 252/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ.

2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 120483. МПК А61К 6/00, А61Р 1/02. Спосіб лікування пародонтиту у жінок з бактеріальним вагінозом / Петрушанко Т.О., Крутікова Е.І., Шульженко А.Д. - № u201702119; заявл. 06.03.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії пародонтиту у жінок репродуктивного віку з гінекологічним діагнозом бактеріальний вагіноз.
8. Позитивний ефект даного способу лікування призводить до стійкої ремісії запально-дистрофічних захворювань пародонта у жінок репродуктивного віку з верифікованим діагнозом бактеріальний вагіноз.
9. Фітоантисептик «Стоматофіт», гель «Метрогіл-дента», таблетки для розсмоктування «Лізак», силіконові капи на верхню та нижню щелепи, пробіотик «Симбітер Омега», Кліндаміцин, Са-03- Нікомед.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є пародонтит у жінок репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Петрушанко Т.О., Крутікова Е.І., Шульженко А.Д. (0953848374).

Реєстр. № 253/6/19

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПАРОДОНТИТУ У ЖІНОК З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ.
2. НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», 0115U001138, 2015-2019 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 130479. МПК А61К 6/00, А61К 31/00. Спосіб профілактики пародонтиту у жінок з бактеріальним вагінозом / Петрушанко Т.О., Крутікова Е.І., Шульженко А.Д. - № u201806249; заявл. 04.06.2018; опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб профілактики може бути застосований для підтримуючої терапії тканин пародонту у жінок репродуктивного віку з гінекологічним діагнозом бактеріальний вагіноз.
8. Позитивний ефект даного способу профілактики підтримує стійку ремісію запально-дистрофічних захворювань пародонта у жінок репродуктивного віку з верифікованим діагнозом бактеріальний вагіноз.
9. Фітоантисептик «Стоматофіт», гель «Метрогіл-дента», таблетки для розсмоктування «Лізак», силіконові капи на верхню та нижню щелепи, пробіотик «Симбітер Омега», Са-Б3-Нікомед.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є необхідність підтримуючої терапії після проведення лікування пародонтиту у жінок репродуктивного віку з бактеріальним вагінозом.
11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Петрушанко Т.О., Крутікова Е.І., Шульженко А.Д. (0953848374).

Реєстр. № 254/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ.

2. НДР «Оптимізація лікування та діагностики зубощелепних аномалій в різні вікові періоди», 0118U004458, 2018-2022 рр.; «Дослідити порушення процесів мінералізації та колагеноутворення при стоматологічній патології та удосконалити методи ранньої діагностики та корекції цих порушень», 0116U004077, 2015-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 131096. МПК А61С 7/00. Спосіб діагностики дистального прикусу / Куроєдова В.Д., Стасюк О.А., Виженко Є.Є. - № u201806220; заявл.04.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Запропонований метод діагностики може бути застосований для пацієнтів різного віку для визначення скелетних форм дистального прикусу за допомогою КПКТ на різних етапах лікування зубощелепних аномалій.
8. Позитивний ефект запропонованого способу дозволяє визначити скелетну форму дистального прикусу з урахуванням особливостей асиметричного зміщення суглобових голівок (СНЩ) справа та зліва, за допомогою КПКТ.
9. Апарат КПКТ.

10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є діагностика скелетної форми дистального прикусу та ротації нижньої щелепи.
11. Діти до 6-7 років.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Куроєдова В.Д. (053228966), Стасюк О.А. Виженко Є.Є.

Реєстр. № 255/6/19 1. НЕЗНІМНИЙ ОРТОДОНТИЧНИЙ АПАРАТ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКЛА.

2. НДР «Оптимізація лікування та діагностики ЗЩА в різні вікові періоди», 0118U004458, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 128193. МПК (2018.01) А61 7/00. Незнімний ортодонтичний апарат для лікування вестибулярного положення ікла / Куроєдова В.Д., Галич Л.Б., Нелюбіна А.Л., Галич Л.В. - № u201802415; заявл.12.03.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. За основу до запропонованого пристрою взято апарат Позднякової (Нападов М.А. Ортодонтическая апаратура / М.А. Нападов. - М.:Медицина. - 1968. - 138 с.). Запропонований пристрій відрізняється, тим що виготовляються коронки на другий премоляр та перший моляр, що спаяні між собою для попередження медіального переміщення цих зубів. До коронок з вестибулярної та піднебінної сторони кріпляться по два гачки, що відкриті дистально. З вестибулярного боку припаюється рамка, що перешкоджає травмуванню слизової оболонки альвеолярного відростку гумовою тягою. До коронки на ікло з вестибулярної сторони кріпиться балочка, що закінчується гачками в ділянці перехідної складки та рвучого горба, відкритими медіально. З піднебінного боку коронки припаюється гачок, також відкритий медіально.
8. Позитивний клінічний ефект запропонованої конструкції посилюється за рахунок еластичної тяги та можливості цілодобового використання апарату. Пристрій сприяє корпусному переміщенню ікла в дистальному та піднебінному напрямку, запобігає травмуванню слизової оболонки альвеолярного відростка, може гарантувати відсутність медіального зсуву другого премоляра та першого моляра, скорочує строки ортодонтичного лікування, має економічний ефект.
9. Відбиткова альгінатна маса, відбиткова ложка, гіпс, гільзи, припой, ортодонтичний дріт.
10. Клінічними показаннями до застосування запропонованої корисної моделі є вестибулярне положення ікла з нестачею місця в зубній дузі.
11. Несформований корінь ікла, медіальне положення бокових зубів.
12. Можливі помилки - недотримання методики зняття відбитків зубних рядів, виготовлення моделей щелеп, штамповки металевих коронок.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Медичний інститут Сумського державного університету. 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2.
15. Куроєдова В.Д., Нелюбіна А.Л., Галич Л.В. (0532609624).

Реєстр. № 256/6/19

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ В 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. Патент України на корисну модель № 127541. МПК (2018.01) A61K 6/00, A61K 6/00. Спосіб лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту у дітей / Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Труфанова В.П. - № u201801859; заявл. 23.02.2018; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Суть полягає у створенні способу лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту у дітей шляхом застосування пробіотику, епітелізуючого гелю та антисептичного препарату. Безпосередньо після закінчення курсу лікування стоматиту призначають дітям препарати: полівітамінний препарат в дозі 5 мл один раз на день; 1 капсулу 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 рецидивуючого афтозного стоматиту у дітей 6-17 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, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу
10. Афтозний стоматит.
11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на антисептичні препарати, складові компоненти пробіотику та полівітамінного препарату
12. Не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, кафедра дитячої стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Поліщук Т.В. (0502165247), Шешукова О. В., Труфанова В.П.

Реєстр. № 257/6/19 1. СПОСІБ РЕСТАВРАЦІЇ ЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ БІЧНИХ ЗУБІВ.

2. НДР «Удосконалення методів профілактики та лікування хвороб твердих тканин зубів та тканин пародонту на фоні соматичної патології у дітей з урахуванням соціально-економічних факторів та психоемоційного стану», 0119U102852.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 128321. МПК A61C 5/00. Спосіб реставрації бічних зубів / Каськова Л.Ф., Янко Н.В. - № u201803770; заявл. 06.04.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб реставрації показаний при збереженому анатомічному рельєфі жувальної поверхні. Жувальна поверхня зуба, де діагностовано каріозну порожнину, очищається за допомогою професійної пасти без фтору. Після ізоляції та висушування каріозна порожнина покривається тонким шаром розчину гліцерину,

що перешкоджає смолі заповнити каріозну порожнину. Смола світлового твердіння низької в'язкості «LC Block Out Resin» вноситься як штамп, полімеризується та видаляється. Проводиться препарування та традиційне пломбування каріозної порожнини композиційним матеріалом світлового твердіння до 1 мм нижче рівня жувальної поверхні. Далі рельєф жувальної поверхні зуба моделюється через тефлонову стрічку за допомогою виготовленого штампа.

8. Застосування запропонованого способу реставрації жувальної поверхні бічних зубів сприяє скороченню часу моделювання та фінішної обробки пломби, що дасть змогу покращити якість реставрації постійних зубів у дітей та дорослих.
9. Смола світлового твердіння «LC Block Out Resin», тефлонова стрічка.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є каріозні порожнини на жувальній поверхні постійних бічних зубів у дітей та дорослих.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Каськова Л.Ф., Янко Н.В. (0532562878).

Реєстр. № 258/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОТЕЗНИХ СТОМАТИТІВ ПРИ ЧАСТКОВІЙ ТА ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ.

2. НДР «Застосування матеріалів наповнених наночастками в стоматології», 0116U004189, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 120481. МПК (2017.01). Спосіб профілактики протезних стоматитів при частковій та повній відсутності зубів / Кайдашев І.П., Дворник В.М., Силенко Б.Ю., Силенко Ю.І., Казимиров М.М.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «УМСА». - № u201702094; заявл. 06.03.2017; опубл. 10.11. 2017. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає моделювання протеза, заміну воску на пластмасу та його полімеризацію, згідно з корисною моделлю, після накладання і остаточної корекції протеза, проводять нанопокриття поверхні протеза з використанням фулерену С60, що безпосередньо контактує з тканинами ротової порожнини. Спосіб виконують наступним чином. Знімний пластинковий протез виготовляють з акрилової пластмаси «Фторакс» методом компресійного пресування за загальноприйнятою методикою. Потім після кінцевої корекції протеза в порожнині рота внутрішню поверхню протеза покривають шаром наноматеріалу фулерену С60 в лабораторній установці ДП «НВП ЕКТ «Технолуч» ІЕЗ ім. Е.О. Патона НАНУ. Спосіб магнетронного розпилення матеріалів відрізняється тим, що після остаточної корекції протеза проводять нанопокриття поверхні протеза з використанням фулерену С60, що безпосередньо контактує з тканинами ротової порожнини.
8. Медичні: Переваги даного методу профілактики: використання запропонованого способу дозволяє досягти ефективної профілактики протезних стоматитів завдяки ізоляції акрилової пластмаси від тканин протезного ложа, створюються умови для ліквідації токсичної і алергічної дії протеза. Завдяки застосуванню високоефективного фулерену С60, покращується загальний стан організму, шлунково-кишкового тракту. Соціальні: Дана методика дозволяє створити депо

нанопрепарату безпосередньо не протезі. Нанопокриття за рахунок мінімальної товщини чітко відтворює анатомічну структуру піднебіння, не впливає на фіксацію та стабілізацію протеза, зручне у використанні. Економічні: В технічному відношенні спосіб простий і не тривалий в своєму виконанні, економічний.

9. Ортопедичне стоматологічне відділення, лікар-ортопед-стоматолог, наявність нанопрепарату, акрилова пластмаса «Фторакс», лабораторна установка ДП «НВП ЕКТ «Технолуч» ІЕЗ ім. Е.О. Патона НАНУ
10. Часткова або повна вторинна адентія.
11. Не існує, за рахунок фулерену С60, що має антиоксидантні, протизапальні, імуномоделюючі властивості.
12. Необхідно дотримуватись техніки безпеки у використанні лабораторної установки.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Кайдашев І.П., Дворник В.М., Силенко Б.Ю., Силенко Ю.І., Казимиров М.М., Хавалкіна Л.М. (0991945660).

Реєстр. № 259/6/19 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА ВЕРИФІКАЦІЇ БІЧНИХ КІСТ ШИЇ.

2. НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», 0116U003821, 2016-2020 рр.
3. Хірургічна стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 131147. Спосіб діагностики та верифікації бічних кіст шиї / Ткаченко П.І., Резвіна К.Ю. - № u201806531; заявл.11.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Обстеження хворих здійснюється згідно загально прийнятої схеми із додатковим залученням ультразвукового обстеження. Потім проводиться пункційна біопсія з візуальною оцінкою вмісту, вивченням клітинного складу цитограм пунктату та його біохімічне дослідження. Така послідовність діагностичних заходів дозволяє віддеференціювати кожну нозологічну форму кістозного утворення на догоспітальному етапі. Для верифікації екстерпованого матеріалу проводиться його гістологічне дослідження, а в складних та сумнівних випадках залучаються і імуногістохімічні методики.
8. Медичні: позитивний ефект такого способу полягає в тому, що підвищується ступінь вірогідності встановлення правильного клінічного діагнозу у пацієнтів з бічними кістами шиї ще на поліклінічному етапі обстеження за рахунок послідовного проведення ультразвукової діагностики, пункційної біопсії с подальшим цитологічним та біохімічним дослідженням пунктату. Соціальні: зменшення кількості випадків непередбачених наслідків та ускладнень під час проведення оперативного втручання та в післяопераційному періоді. Економічні: підвищення ефективності діагностики за рахунок її пришвидшення та якості.
9. Апарат для ультразвукової діагностики, шприц та голка для пункції, клінічна лабораторія, мікроскоп.
10. Проведення діагностичних заходів у пацієнтів з бічними кістами шиї.
11. Немає.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Немає.
15. Ткаченко П.І., Резвіна К.Ю. (0669766176).

Реєстр. № 260/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ І ТА ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НАНОПРЕПАРАТУ ФУЛЛЕРЕН С60.

2. НДР «Застосування матеріалів наповнених наночастками в стоматології», 0116U004189, 2016-2021 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 125525. МПК (2018.01). Спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту І та ІІ ступенів тяжкості із застосуванням нанопрепарату фуллерен С60 / Скрипников П.М., Хавалкіна Л.М., Дубина В.О.; заявник і патентовласник ВДНЗУ «УМСА». - № u201712659; заявл. 20.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає проведення професійної гігієни, заміну нераціональних пломб і протезів, усунення пунктів травматичної оклюзії. Зубні нашарування видаляємо апаратним способом, тканини пародонту відсвічуємо лазером, скануюча методика. Довжина хвилі 0,63 нм, експозиція 12 хв. (по 2 хвилини на кожен секстант), потужність - 50±10 мВт). Далі інстиляції у кожен пародонтальний карман/аплікації на ясна (або їх поєднання) нанопрепарату фуллерен С60 (по 3 хв. 3 рази). Потім - полоскання озонованою водою 10 хв. Кількість процедур - 5.
8. Медичні: Переваги лазерного методу лікування: безболісність, недовготривалість процедури, висока точність дії. Протизапальний, знеболюючий, протинабряковий і регенераторний, гіпосенсибілізуючий, імунокорегуючий ефекти, а також поліпшення місцевого кровообігу в їх максимальному прояві можна отримати при безпосередньому відсвічуванні патологічно змінених тканин. Полоскання озонованою водою. Серед позитивних властивостей озону в терапевтичних концентраціях найбільш значущими в клініці терапевтичної стоматології, є: імуномодулююча, протизапальна, бактерицидна, фунгіцидна, цитостатична, деконгестивна, підвищуюча регенерацію тканин і аналгетична. Застосування нанопрепарату Фуллерен С60, озонотерапії є альтернативою хірургічного способу лікування, безін'єкційно дозволяє усунути запальні зміни та застійні явища в тканинах пародонту, покращує мікроциркуляцію, змінює мікробну колонізацію пародонтальних кишень без застосування антибіотиків, підвищує природний захист порожнини рота, забезпечує оптимальні умови для регенерації тканин, сприяє стійкій ремісії процесу, скорочує кількість відвідувань порівняно з контрольною групою, пацієнти якої отримували традиційно застосовувані засоби. Соціальні: Дана методика дозволяє створити депо нанопрепарату безпосередньо в осередку запального процесу, лазер стимулює трофічно-регенераторну дію за рахунок покращення мікроциркуляції, що дає змогу досягти підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит. Отримані результати свідчать про ефективність, гарну переносимість та безпеку препарату фуллерен С60 при лікуванні генералізованого пародонтиту, що дозволяє розглядати терапію із застосуванням нанопрепарату, як альтернативу загальноприйнятим методам лікування. Вибір засобів і способів, їх застосування повинні ґрунтуватись на ступені і формі патології та тяжкості перебігу процесу. Економічні: В технічному

відношенні спосіб простий і не тривалий в своєму виконанні, скорочує кількість відвідувань до 5.

9. Терапевтичне стоматологічне відділення, лікар-терапевт-стоматолог, наявність нанопрепарату, апарат для зняття назубних нашарувань, лазерний апарат, озонатор.
10. Хронічний генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості.
11. Призначення будь-яких фізіотерапевтичних процедур заборонено при наступних захворюваннях і патологічних станах пацієнта: злоякісні новоутворення; системні захворювання крові; різке виснаження хворого (кахексія); гіпертонічна хвороба III стадії; різко виражений атеросклероз судин головного мозку; захворювання серцево- судинної системи в стадії декомпенсації; кровотеча або схильність до них; загальний важкий стан хворого; гарячковий стан (температура тіла хворого понад 38°С); активний легеневий туберкульоз; епілепсія з частими нападами; істерія з важкими судомами; психози з явищами психомоторного збудження; індивідуальна непереносимість чинника, який використовується.
12. Необхідно дотримуватись техніки безпеки у використанні апаратів, враховуючи показання та протипоказання до застосування запропонованої методики.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Скрипников П.М., Хавалкіна Л.М. (0991945660), Дубина В.О., Хміль Т.А.

Реєстр. № 261/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.

2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», 0117U004683, 2017-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 132539. МПК (2019.01) А61К 6/00, А61К 8/00, А6^ 11/00, А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на цукровий діабет / Падалка А.І., Шешукова О.В. - № u201810699; заявл. 29.10.2018, опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на цукровий діабет включає професійне чищення зубів, навчання правил гігієни ротової порожнини, застосування аплікацій стоматологічного крему «Tooth Mousse», призначення дієтичної добавки «Ротавіт Кальціум» по 1 пакетику на добу під час їди, для розсмоктування в порожнині рота рекомендується пробіотик «Бактобліс» по 1 таблетці в день, для індивідуальної гігієни порожнини рота використовують зубну пасту ROCS «Активний кальцій» та ополіскувач «Biorepair» 2 рази в день. Тривалість курсу 1 місяць, який повторюють 2 рази на рік.
8. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність профілактики карієсу, що підтверджується стабільністю індексів каріозного процесу, покращенням стану гігієни порожнини рота, підвищенням структурно-функціональної резистентності емалі та стійкості зубів до карієсу і може бути рекомендований для оптимізації профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на цукровий діабет.
9. Стоматологічний крем «Tooth Mousse», дієтична добавка «Ротавіт Кальціум», пробіотик «Бактобліс», зубна паста ROCS «Активний кальцій», ополіскувач «Biorepair».

10. Для профілактики карієсу постійних зубів у дітей, хворих на цукровий діабет I типу, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді.
11. Алергія на молочні протеїни та/або підвищена чутливість до будь-якого компонента препаратів.
12. Не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Падалка А.І. (0666272580), Шешукова О.В.

Реєстр. № 262/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.

2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», 0117U004683, 2017-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 130541. МПК (2018.01) A61K 31/00, A61K 35/74 (2015.01), A61K 36/28 (2006.01). Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, хворих на цукровий діабет / Падалка А.І., Шешукова О.В. - № u201807140; заявл. 25.06.2018, опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб лікування хронічного катального гінгівіту у дітей, хворих на цукровий діабет включає проведення професійної гігієни, навчання правил гігієни порожнини рота, призначення пастилок для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГ ая Продентіс» по 1 пастилці в день (бажано після прийому їжі та чищення зубів), в якості імунокоригуючого засобу перорально застосовуються краплі «Лімфоміозот» по 10 крапель 3 рази на добу через одну годину після їди, для індивідуальної гігієни рекомендується зубна паста «President ecoBIO Clinical» 2 рази в день, вранці та ввечері. Курс лікування складає 1 місяць.
8. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність лікування, що підтверджується зниженням показників інтенсивності ураження тканин пародонта та може бути рекомендований для оптимізації лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, віком 12-16 років, хворих на цукровий діабет.
9. Пастилки для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГая Продентіс», краплі «Лімфоміозот», зубна паста «President ecoBIO Clinical».
10. Для лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, віком 12-16 років, хворих на цукровий діабет, які проживають в місцевостях із підвищеним вмістом фтору в питній воді.
11. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препаратів.
12. Не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Падалка А.І. (0666272580), Шешукова О.В.

Реєстр. № 263/6/19

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування», 0117U004683, 2017-2020 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+;С.
5. Патент України на корисну модель № 131278. МПК (2018.01) А61К 31/00, А61К 33/00, А61К 35/741 (2015.01), А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей / Падалка А.І., Шешукова О.В. - № u201807137; заявл. 25.06.2018, опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей включає професійне чищення зубів, навчання правил гігієни порожнини рота, застосування аплікацій стоматологічного крему «Tooth Mousse» ввечері після чищення зубів, призначення пастилок для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГая Продентіс» по 1 пастилці в день, в якості вітамінно-мінерального комплексу використовують комбінований препарат «Кальцикер» по 2,5 мл 1 раз на добу, для індивідуальної гігієни порожнини рота рекомендується застосування зубної пасти «Biorepair Plus» 2 рази в день. Тривалість курсу 1 місяць, який повторюють 2 рази в рік.
8. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність профілактики карієсу, що підтверджується стабільністю індексів каріозного процесу, покращенням стану гігієни порожнини рота, підвищенням структурно-функціональної резистентності емалі та стійкості зубів до карієсу і може бути рекомендований для оптимізації профілактики карієсу постійних зубів у дітей, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді.
9. Стоматологічний крем «Tooth Mousse», пастилки для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГая Продентіс», комбінований препарат «Кальцикер», зубна паста «Biorepair Plus».
10. Для профілактики карієсу постійних зубів у дітей, які проживають в регіонах із підвищеним вмістом фтору в питній воді.
11. Алергія, або підозра на алергію, на молочні протеїни та/або чутливість чи алергія на консерванти на основі солей бензойної кислоти.
12. Не виявлено.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, кафедра дитячої стоматології.
14. Немає.
15. Падалка А.І. (0666272580), Шешукова О.В.

Реєстр. № 264/6/19 1. ОРТОДОНТИЧНИЙ АПАРАТ МЕХАНІЧНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ДРУГИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

2. НДР «Міждисциплінарний підхід до діагностики, лікування та профілактики зубощелепних аномалій та деформацій прикусу», 0118U004343, 2018-2022 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 127658. МПК А61С 7/00. Ортодонтичний апарат механічної дії для лікування ретенції других постійних молярів верхньої щелепи / Смаглюк Л.В., Куліш Н.В., Малюченко М.М. - № u201803773; заявл. 06.04.2018; опубл. 10.08.2018. Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Запропонований пристрій може бути застосований для лікування ретенції других постійних молярів верхньої щелепи.

8. В основу корисної моделі, яка заявляється, поставлена задача: при виведенні ретенованого другого постійного моляра на верхній щелепі в зубний ряд створити умови для розвантаження опорних зубів та попередити ускладнення, які виникають протягом тривалого використання еластичного силового модуля. Поставлена задача досягається в ортодонтичному апараті для лікування ретенції других постійних молярів принципово новою конструкцією базису, який має вигляд бугеля (конструкція базису бюгельного знімного протеза), що розподіляє навантаження на бокові зуби верхнього зубного ряду та склепіння піднебіння. Конструкція може зніматися, що дозволяє здійснювати добрий гігієнічний догляд за апаратом та порожниною рота.
9. Відбиткова альгінат на маса, відбиткова ложка, лабораторне оснащення з виготовлення бюгельних протезів.
10. Клінічними показаннями для застосування запропонованої корисної моделі є ретенція других постійних молярів верхньої щелепи.
11. Анкілоз ретенованого зуба, рухливість опорних зубів.
12. Немає.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Смаглюк Л.В., Куліш Н.В. (0979502764), Малюченко М.М.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА Реєстр. № 265/6/19 1. СПОСІБ ЕКСПРЕС-ПРОГНОЗУВАННЯ ЗОВНІШНЬО-РОЗПІЗНАВАЛЬНИХ ОЗНАК ЛЮДИНИ

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» [Текст] / Козань Н.М., Коцюбинська Ю.З, Зеленчук Г.М. (Україна); заявник та власник авторського права: Козань Н.М., Коцюбинська Ю.З, Зеленчук Г.М. - Заявл. 07.11.2017.
6. Немає.
7. Пропонуємо до використання спосіб прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак людини, який відрізняється тим, що у якості програмного забезпечення використовують розроблену авторами програму (Dermatoglyphics For Prediction (DFP), яка створена на основі використання штучних нейронних мереж, а саме: з їх побудови, навчання, визначення продуктивності та вибору результуючої нейронної мережі.
8. Спосіб експрес-прогнозування зовнішньо-розпізнавальних ознак людини дозволяє проводити експрес-ідентифікацію невідомої особи (тривалість дослідження 20 хв.), що у сотні разів швидше ніж ДНК-ідентифікація, вартість запропонованого способу у тисячі раз дешевше ніж ДНК-ідентифікація.
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. № 266/6/19 1. СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ ЛЮДИНИ

2. НДР «Розробка нових методів оцінки морфофункціонального стану клітин, тканин та органів у нормі та патології», 0119U002911, 2019-2021 рр.
3. Судова медицина.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118615. МПК A61B 5/117, A61B 5/055, G01R 33/20, G06K 9/62. Спосіб ідентифікації особи людини / Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № a201704692; заявл. 15.05.2017; опубл. 11.02.2019. Бюл. № 3.
6. Спосіб ідентифікації особи людини, що включає візуальне зіставлення томограм та при збіганні будови білої речовини та зовнішнього контуру часточок черв'яка мозочка на серединній сагітальній площині ідентифікують приналежність томограм одній особі. A method for person identifying, including visual comparison of tomograms; the identity of the tomograms to one person is identified by the coincidence of the white matter structure and the outer contour of the cerebellar vermal lobules on the median sagittal plane.
7. Спосіб ідентифікації особи людини, який включає порівняння томограм, який відрізняється тим, що проводять порівняння будови білої речовини та зовнішнього контуру часточок черв'яка мозочка на серединній сагітальній площині на магнітно- резонансній томограмі головного мозку людини, особа якої відома, та на магнітно- резонансній томограмі головного мозку людини, особу якої ідентифікують; ідентифікацію особи здійснюють шляхом візуального зіставлення томограм та при збіганні будови білої речовини та зовнішнього контуру часточок черв'яка мозочка на серединній сагітальній площині ідентифікують належність томограм одній особі.
8. Медичні - точне визначення особи невпізнаних осіб, що потребують лікування, розширення анамнестичних даних для покращення тактики діагностики та лікування цих пацієнтів. Соціальні - покращення якості пацієнтів із утратою пам'яті. Економічні - зниження витрати на процедуру ідентифікації особи людини.
9. Магнітно-резонансний томограф.
10. Необхідність ідентифікувати особу невідомої людини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І. (0951405088).

ТЕРАПІЯ

Реєстр. № 267/6/19

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК.
2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», 0119U101344, 2019-2023 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 132989. МПК А61К 31/00, А61Р 1/16 (2006.1) . Спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок / Хухліна О.С., Антонів А.А., Коцюбійчук З.Я., Вівсянник В.В., Матущак М.Р., заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201808570; заявл. 08.08.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Не подавалася.
7. В основу способу поставлено завдання удосконалити спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок шляхом додаткового до комплексного етіопатогенетичного лікування призначення комбінації препаратів “Агепта” (S-аденозил-Ь-метіонін) по 1 таб. 2 рази на день -у якості анти активує процеси енергозабезпечення гепатоцитів за рахунок аеробного гліколізу по 1 капсулі 2 рази в день упродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту (Патент № 95037, МПК: А61Р 37/02), в якому на фоні комплексного етіопатогенетичного лікування застосовують гепатопротекторний засіб 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 прототипу є те, що при використанні вказаного способу можуть відмічатися побічні дії гепадифу, а саме диспепсія, біль та дискомфорт у животі, нудота, блювання, діарея, запор.
9. “Агепта” (S-аденозил-Ь-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». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Коцюбійчук З.Я.

Реєстр. № 268/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПАТОГЕНЕЗІ ВЗАЄМООБТЯЖЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», 0119U101344, 2019-2023 рр.
3. Терапія.
4. 1+,А.

5. Патент України на корисну модель № 131447. МПК A61K 31/52 (2006.01), A61K 31/198 (2006.01), A61K 35/744 (2015.01), A61P 1/16 (2006.01). Спосіб корекції корекції дисбіозу товстої кишки у патогенезі взаємообтяження неалкогольного стеатогепатиту та хронічної хвороби нирок / Хухліна О.С., Антонів А.А., Коцюбійчук З.Я., Вівсянник В.В., Матущак М.Р., заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». - № u201808589; заявл. 08.08.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Не подавалася.
7. В основу способу корекції дисбіозу товстої кишки у патогенезі взаємообтяження неалкогольного стеатогепатиту та хронічної хвороби нирок поставлено завдання удосконалити лікування шляхом додаткового до комплексного етіопатогенетичного лікування призначення комбінації препаратів “Агепта” ^-аденозил-Ь-метіонін) по 1 таблетці 2 рази на день та “Йогурт” 1 капсула 3 рази на день упродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту. Створений спосіб корекції сприяє сприяло зменшенню інтенсивності прогресування шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів неалкогольного стеатогепатиту: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань, нормалізації стану мікробіоценозу порожнини товстої кишки.
8. Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту у поєднанні з кишковим дисбіозом (Патент № 32826, МПК A61K 36/00), в якому проводять комплексне етіопатогенетичне лікування, яке відрізняється тим, що до початку лікування призначають дієтотерапію стіл № 5, а як лікарські засоби призначають «Лінекс» по 1 капсулі 3 рази на добу і препарати «Грінізація»® - «Грін Про» по 50 г (один флакон) та «Грін Мікс» по 100 мл (один флакон) на добу - протягом 30 діб. Недоліками аналога є те, що при використанні вказаного способу не відмічається досягнення стійкої ремісії неалкогольного стеатогепатиту.
9. “Агепта” ^-аденозил-Ь-метіонін), “Йогурт”.
10. Дисбіоз товстої кишки, неалкогольний стеатогепатит, хронічна хвороба нирок.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Хухліна О.С., Антонів А.А. (0992321862), Коцюбійчук З.Я.

Реєстр. № 269/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ.

2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики, прогнозування та лікування хронічної серцевої недостатності у хворих з синдромом обструктивного апное сну та ожирінням», 0116U005636.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2++,C.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 131672. МПК (2006.01) G01N 33/50. Спосіб оцінки ефективності лікування синдрому обструктивного апное сну у хворих з ожирінням / Токаренко О.І., Андреєва Я.О.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201808041; заявл. 19.07.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.

7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу оцінки ефективності терапії при синдромі обструктивного апное сну та ожирінні шляхом додаткового визначення специфічного біохімічного маркеру та зміни змісту анкети, що забезпечить об'єктивність, підвищення достовірності, специфічності та чутливості оцінки. Поставлена задача вирішується тим, що в способі, який полягає в анкетуванні пацієнтів визначають сироватковий резистин і анкетують пацієнтів, пропонуючи наступні питання: «Чи часто Ви почуваєтесь стомленим, сонливим протягом дня?», «Чи були у Вас епізоди підвищення тиску?», «Чи турбував Вас вранішній головний біль?», «Чи можете Ви заснути сидячи, читаючи або дивлячись телевізор у тихому, спокійному місці?», «Чи достатньо комфортно Вам спати, використовуючи СІПАП-апарат?», «Чи прокидалися Ви вночі через епізоди нестачі повітря, порушення ритму, необхідності відвідати туалет?», «Чи відчуваєте Ви утруднення при засинанні вночі?», нараховують 1 бал за кожну позитивну відповідь, і якщо рівень сироваткового резистину нижче 3 нг/мл та сумарна оцінка анкетування нижче 4 балів, то ефективність СІПАП-терапії вважається високою. Причинно- наслідковий зв'язок між сукупністю ознак полягає у використанні у анкеті запитань, що стосуються не лише суб'єктивних скарг пацієнта, а й чітких показників функціонального стану організму (наприклад, рівня резистину), що дозволяє збільшити об'єктивність анкети.
8. Клінічна ефективність: спосіб дозволяє достовірно оцінити ефективність СІПАП- терапії при синдромі обструктивного апное сну, покращити якість лікування та об'єктивно оцінити прихильність до терапії, що проводиться. Соціальна ефективність: застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя, дозволить попередити прогресування ожиріння та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить попередити розвиток ускладнень. Економічна ефективність: зниження рівня захворюваності, інвалідізації та смертності від ускладнень.
9. Лабораторне оснащення для проведення імуноферментного визначення рівня резистину.
10. Необхідність в оцінці ефективності СІПАП-терапії при синдромі обструктивного апное сну.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра внутрішніх хвороб, загальної практики-сімейної медицини, профпатології та медичної реабілітації. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Токаренко О.І., Андреєва Я.О. (0950650330).

Реєстр. № 270/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ РІВНОВАГИ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІ-ЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.

2. НДР «Теоретико-методичні основи фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії», 01119U2951, 2019-2024 рр.
3. Фізична терапія, ерготерапія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. У ранньому післяопераційному періоді пацієнти після лапароскопічної холецистектомії мають виражений ступінь порушення рівноваги, що обумовлений

перенесеним оперативним втручанням, віком та наявністю супутньої патології. Методика оцінки постуральної рівноваги включає у себе 14 тестів, з чіткою оцінкою за кожен. Ця методика дає змогу оцінити ступінь ризику падінь, визначити стабілізуючу, постуральну і рухову активність мускулатури, дисфункцію, або слабкість якої надзвичайно важлива при здійсненні повсякденної діяльності. Використання даного методу дає можливість оцінити рівень функції рівноваги і розробити індивідуальну програму фізичної терапії пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії, направлену також відновлення функції постуральної рівноваги, відновлення побутової активності та на покращення якості життя даних пацієнтів.

8. Наявність ризику падіння у перші дні після оперативного втручання на стаціонарному етапі реабілітації пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії обумовлює необхідність включення у програму фізичної терапії на стаціонарному етапі реабілітації також методів оцінки постуральної рівноваги та засобів, направлених на відновлення функції рівноваги, а також може слугувати одним із інструментів оцінки ефективності реабілітаційного втручання.
9. Функціональне тестування (Шкала Берген (BERGBALANCESCALE - BBS).
10. Післяопераційний період після лапароскопічної холецистектомії.
11. Тяжкий стан хворого, наявність супутньої неврологічної патології.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання», «Центральна міська клінічна лікарня, хірургічне відділення».
14. Немає.
15. Чурпій І.К., Голод Н.Р. (0673443259).

УРОЛОГІЯ

Реєстр. № 271/6/19 1. СОНОЕЛАСТОГРАФІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ЧОЛОВІЧОГО НЕПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКІВ З ВАРИКОЦЕЛЕ.

2. НДР «Молекулярно-генетичні, імунологічні та біохімічні фактори прогнозування урологічних захворювань», 0118U000107, 2018-2022 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров’я (обласних, міських, районних).
7. Ультразвукове обстеження з ефектом Допплера та якісною компресійною еластографією органів калитки виконується як комплексне сонологічне обстеження. Застосовуються УЗ сканери SAMSUNG Medison SonoAce R7 та SAMSUNG H60 з лінійними датчиками частотою 12 МГц. Еластографію яєчок проводять з використанням додатка з обмежувальними графами - Strain Graphs у реальному часі. Легке вертикальне натискання на яєчко з подальшою декомпресією дозволяє отримати соноеластографічне зображення хорошої якості. Жорсткість тканини обернено пропорційна до ступеня її деформації та прямо пропорційна до зусилля, яке необхідне для деформації тканини. Для аналізу отриманих еластографічних зображень використовують 5-ти бальну шкалу оцінки, де 1 бал відповідає високій еластичності тестикулярної тканини, а 5 балів - низькій.
8. Беручи до уваги доступність та малоінвазивність соноеластографії, визначення

достовірних предикторів порушення якості еякуляту пацієнтів з варикоцеле є беззаперечно перспективним та необхідним. Особливо актуальним є прогнозування розвитку субфертильності в контексті часу виконання варикоцелектомії на фоні даного захворювання, враховуючи його широку поширеність серед пацієнтів підліткового віку.

9. УЗД.
10. Чоловіки з варикоцеле.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032)236 82 77.
14. Немає.
15. Наконечний Й.А. (0976335727).

Реєстр. № 272/6/19 1. ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ НЕПЛІДДЯ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ПРО/АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЛІВОБІЧНИМ ВАРИКОЦЕЛЕ.

2. НДР «Молекулярно-генетичні, імунологічні та біохімічні фактори прогнозування урологічних захворювань», 0118U000107, 2018-2022 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).
7. Аналіз сперми проводять на 3-5 день утримання від статевого акту або мастурбації. Забір еякуляту в чистий контейнер для забору біоматеріалу пацієнти проводять самостійно у спеціальній кімнаті поблизу лабораторії. Найбільш показовими предикторами ймовірності розвитку непліддя у чоловіків з лівобічним варикоцеле

   II-III ст. зарекомендували себе такі ферменти у сперматозоїдах як Arg та iNOS з точками відсікання - відповідно <46 нмоль сечовини/хв*мг протеїну та >1,2 пмоль цитруліну/хв^мг протеїну. До прогностичних предикторів імовірності розвитку непліддя у чоловіків з варикоцеле II-III ст. ми віднесли зниження у сироватці внутрішньої яєчкової вени активності глутатіонпероксидази <148,55 нмоль GSH/хв^г Hb, глутатіонредуктази <32,7 мкмоль NADPH/хв^г Hb та глутатіонтрансферази <137 нмоль GSH/хв^г Hb, а також відновленого глутатіону <0,85 ммоль/л при зростанні малонового діальдегіду понад 7,9 мкмоль/л. За вищеназваними показниками про-/антиоксидантної системи у чоловіків з лівобічним варикоцеле II-III ст. можна підтвердити тезу про виснаження компенсаторних механізмів антиоксидантів, що має безпосередній вплив на підвищення інтенсивності ліпопероксидних процесів у сперматозоїдах та є прогностичним фактором непліддя.
8. Ідентифікація прогностичних факторів непліддя за показниками про/антиоксидантної системи дасть змогу виявити ранні ознаки порушення сперматогенезу та дозволить оптимізувати терміни варикоцелектомії для збереження чи відновлення фертильного потенціалу.
9. Лабораторні дослідження.
10. Чоловіки з лівобічним варикоцеле.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010,

м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 236-82-77.

14. Немає.

15. Наконечний Й.А. (0976335727).

ФАРМАКОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ Реєстр. № 273/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ НЕФРОЛІТІАЗУ

2. НДР «Нові методичні підходи до патогенетичного лікування дисфункції проксимального відділу нефрона за умов розвитку дизрегуляційного патологічного процесу ниркового та позаниркового походження», 0118U001193, 2018-2020 рр.

3. Фармація.

4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 125511. МПК A61K 35/00, A61P 13/12 (2006.1) . Спосіб профілактики нефролітіазу / Роговий Ю.Є., Білоокий В.В., Геруш О.В., Арійчук О.І., Дорошко В.А., Колеснік О.В. - № u201712460; заявл. 15.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.

6. Немає.

7. Спосіб здійснюється наступним чином. В основу нововведення поставлено завдання вдосконалити спосіб профілактики нефролітіазу з підтримкою величини добового діурезу не меньш як 2 л/1,72 м^2 шляхом використання питної води низького поверхневого натягу та від'ємного окисно-відновного потенціалу. Один пакет саше коралового кальцію (Coral Mine, країна виробник - Японія) вагою 1 г поміщають в 1,5 л питної води, обов'язково в скляну посудину. Через 5 хв. вода готова до споживання, яку п'ють постійно впродовж доби в такій кількості, щоб величина добового діурезу була не меньшою як 2 л/1,72 м^2. При дослідженні ефективності застосування для профілактики нефролітіазу підтримки величини добового діурезу не меньш як 2 л/1,72 м^2 за умов звичайного питного режиму (відомий прототип) порівняно до споживання води від'ємного окисно-відновного потенціалу та низького поверхневого натягу, яка зазнала обробки кораловим кальцієм (запропонований спосіб) показано, що споживання води від'ємного окисно- відновного потенціалу та низького поверхневого натягу дійсно дає кращі результати, ніж відомий прототип. Ефективність профілактики зросла з 95% до 100%. Дані дослідження після проходження курсу профілактики показали високу ефективність використання корисної моделі, так як нефролітазу не виявлено. Побічних реакцій не спостерігалося.

8. Підвищення ефективності профілактики нефролітіазу. Запропоноване нововведення дійно дає кращі результати, ніж існуючий спосіб (прототип), оскільки профілактика нефролітіазу досягається шляхом підтримки величини добового діурезу не меньш як 2 л/1,72 м^2 за умов споживання води від'ємного окисно-відновного потенціалу та низького поверхневого натягу, яка зазнала обробки кораловим кальцієм, який до цього часу не використовувся для профілактики сечокам'яної хвороби. Той факт, що вперше встановлені профілактичні властивості споживання води від'ємного окисно- відновного потенціалу та низького поверхневого натягу забезпечує даному нововведенню підвищення ефективності профілактики нефролітіазу з 95% за відомого прототипу до 100% за використання запропонованого способу. Ефективність профілактики зросла на 5%. Встановлено зменшення кількості хворих на нефролітіаз. Медична ефективність: покращання результатів профілактики нефролітіазу; зменшення ймовірності розвитку ускладнень. Соціальна ефективність:

покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності профілактичних заходів та зниження частоти розвитку ймовірних ускладнених, внаслідок впровадження запропонованого способу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих шляхом
підвищення ефективності профілактичних заходів (за рахунок застосування ефективного способу профілактики).

9. Пакети саше коралового кальцію (Coral Mine, країна виробник - Японія) вагою 1 г, звичайна водопровідна вода, виявлення ниркових каменів при рентгенологічному дослідженні.
10. Дисфункція нирок за нефролітазу.
11. Немає.
12. За виконання всіх рекомендацій, ускладнення зазвичай не виявляються.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Роговий Ю.Є. (0506612563), Білоокий В.В. (0501562253), Геруш О.В. (0673421830), Арійчук О.І. (0505371415), Дорошко В.А. (0509164119), Колеснік О.В. (0990733082), (0373622198).

Реєстр. № 274/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ УШКОДЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ НЕФРОНА ЗА УМОВ НЕФРОЛІТІАЗУ.

2. НДР «Нові методичні підходи до патогенетичного лікування дисфункції проксимального відділу нефрона за умов розвитку дизрегуляційного патологічного процесу ниркового та позаниркового походження», 0118U001193, 2018-2020 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 126124. МПК A61K 33/00, A61P 13/12 (2006.1) . Спосіб корекції ушкодження проксимального відділу нефрона за умов нефролітіазу / Роговий Ю.Є., Білоокий В.В., Геруш О.В., Арійчук О.І., Ровінський О.О., Колеснік О.В. - № u201712461; заявл. 15.12.2017; опубл. 11.06.2018. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб здійснюється наступним чином. З метою корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за нефролітіазу хворому призначають препарат блемарен (100 г гранул препарату містять: кислоти лимонної безводної - 39,9 г, тринатрію цитрату безводного - 27,85 г, калію гідрокарбонату - 32,25 г), який дозується індивідуально, середня добова доза може складати 6-18 г діючої речовини (2-6 шипучих таблеток на добу). Шипучі таблетки розчиняються у воді або фруктовому соці. Добова доза розподіляється на 3 рівних частини, які приймаються впродовж дня (наприклад, у 7:00, 14:00, 21:00 год). Контроль за ефективністю блемарену здійснюють шляхом визначення pH свіжої сечі 3 рази на добу перед черговим прийомом препарату. Для цього використовуються стандартні індикаторні стрічки, вкладені в кожну упаковку. Тривалість лікування не обмежена. Рекомендована 2,5-3 місяці. До певних переваг блемарену перед іншими цитратними сумішами відноситься переважання в ньому лимонної кислоти над її сіллю, а також те, що значну частку буферного компоненту бере на себе гідроген карбонат калію.
8. При дослідженні ефективності застосування для корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за ступенем екскреції білка із-за гальмування його проксимальної реабсорбції та рівнем ферментативної фібринолітичної активності

сечі (гальмування якої зумовлене ушкодженням проксимального відділу нефрону та зниженням активатора ферментативного фібринолізу сечі - урокінази) за умов водного навантаження на «приховане» ушкодження проксимального відділу нефрону, викликаного нефролітіазом блемарену (запропонований спосіб) та тіотриазоліном (відомий прототип) показано, що блемарен є більш ефективним засобом ніж тіотриазолін. Дані дослідження після проходження курсу корекції показали високу ефективність використання корисної моделі, так як прояви ушкодження проксимального відділу нефрону за нефролітазу зникли. Побічної дії препарату не спостерігалося. Підвищення ефективності корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за нефролітіазу, так як препарат блемарен проявляє захисні протекторні властивості на проксимальний відділ нефрону, що призводить до розриву сформованого водного кола за рахунок активації внутрішньониркової ренін-ангіотензинової системи і тубуло-гломерулярного зворотного зв'язку, що зумовлює більш ефективну протекторну властивість даного препарату в корекції ушкодження проксимального канальця. Ефективність корекції зросла на 48%. Встановлено зменшення терміну лікування хворих. Медична ефективність: покращання результатів корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за нефролітіазу; зменшення ускладнень. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнених, внаслідок впровадження запропонованого способу. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування ефективного препарату, зменшення середнього терміну лікування хворого).

9. Препарат блемарен, звичайна водопровідна вода, методики для визначення концентрації білка та фібринолітичної активності (урокінази) в сечі, стандартні індикаторні стрічки для визначення pH сечі.
10. Дисфункція нирок (ушкодження проксимального відділу нефрону) за нефролітазу.
11. Немає.
12. За виконання всіх рекомендацій, ускладнення зазвичай не виявляються.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, пл. Театральна, 2, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Роговий Ю.Є. (0506612563), Білоокий В.В. (0501562253), Геруш О.В. (0673421830), Арійчук О.І. (0505371415), Ровінський О.О. (0673421830), Колеснік О.В. (0990733082), (0373622198).

Реєстр. № 275/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ УШКОДЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ НЕФРОНУ ЗА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ.

2. НДР «Нові методичні підходи до патогенетичного лікування дисфункції проксимального відділу нефрона за умов розвитку дизрегуляційного патологічного процесу ниркового та позаниркового походження», 0118U001193, 2018-2020 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 131324. Спосіб корекції ушкодження проксимального відділу нефрона за синдрому подразненого кишечнику / Роговий Ю.Є., Білоока Ю.В., Білоокий В.В., Тащук К.Г., Колеснік О.В. - № u201807692; заявл. 09.07.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Немає.

7. Спосіб здійснюється наступним чином. З метою корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за синдрому подразненого кишечнику хворому призначають препарат альфлорекс в дозі по 1 капсулі на добу вранці після прийому їжі протягом 4 тижнів. Хвора Б. поступила з діагнозом:Ушкодження проксимального відділу нефрону та синдром подразненого ı Пацієнтка споживала водопровідну воду, підігріту до температури 37°С в кількості 2 % від маси тіла. Величина діурезу (V) в л/2 год., 1,72 $м^2$ площі поверхні тіла склала 1,1. Після водного навантаження з метою отримання плазми, кров з вени збирали в пробірку з гепарином. У плазмі крові і сечі визначали концентрацію креатиніну за реакцією з пікриновою кислотою, іонів натрію методом фотометрії полум'я на ФПЛ-1, яка склала 136,0. Розраховували проксимальну реабсорбцію іонів натрію (T^pNa+) за формулою: T^pNa+ =: (С сг -

V)о

PNa+; де Ссг - швидкість клубочкової фільтрації, V - діурез, PNa+ - концентрація іонів натрію в плазмі крові (Роговий Ю.Є., Злотар О.В., Філіпова Л.О., 2012), яка склала 0,9. Дані дослідження після проходження курсу корекції показали високу ефективність використання корисної моделі, так як прояви ушкодження проксимального відділу нефрону та синдрому подразненого кишечнику зникли. Побічної дії препарату не спостерігалося.

8. Підвищення ефективності корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за синдрому подразненого кишечнику, так як препарат альфлорекс проявляє захисні протекторні властивості на проксимальний відділ нефрону, що призводить до розриву сформованого водного кола за рахунок активації внутрішньониркової ренін- ангіотензинової системи і тубуло-гломерулярного зворотного зв'язку, що зумовлює більш ефективну протекторну властивість даного препарату в корекції первинного та вторинно-ішемічного ушкодження проксимального канальця. Ефективність корекції зросла на 30%. Зменшення терміну лікування хворого. Медична ефективність: покращання результатів корекції ушкодження проксимального відділу нефрону за синдрому подразненого кишечнику; зменшення ускладнень. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнених, внаслідок впровадження запропонованого способу Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування ефективного препарату, зменшення середнього терміну лікування хворого).
9. Препарат альфлорекс, звичайна водопровідна вода, методики для визначення концентрації креатиніну, іонів натрію в плазмі крові та сечі.
10. Дисфункція нирок за синдрому подразненого кишечника з закрепом та діареєю.
11. Немає.
12. За виконання всіх рекомендацій, ускладнення зазвичай не виявляються.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, пл.. Театральна, 2, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Роговий Ю.Є. (0506612563), Білоока Ю.В. (0954161014), Білоокий В.В. (0501562253), Колеснік О.В. (0990733082), (0373622198).

Реєстр. № 276/6/19 1. РАЦІОНАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ СУГЛОБІВ ПРИ СУПУТНЬОМУ ГІПОТИРЕОЗІ.

2. НДР «Фармакологічний аналіз органо- та ендотеліопротекції за умов

експериментальних патологічних станів», 0118U006631, 2019-2021 рр.

3. Фармакологія та клінічна фармакологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 137435. МПК (2019.01) A61K 31/00, A61P 5/00, A61P 19/00, A61P 29/00. Спосіб лікування остеоартрозу при супутньому гіпотиреозі / Носівець Д.С., Опришко В.І., Мамчур В.Й. - № u201902425; заявл. 12.03.2019; опубл. 25.10.2019. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Впровадження полягає у сумісному використані препаратів базової замісної терапії, хондропротекторів та нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) (наприклад, диклофенаку натрію) при остеоартрозі (ОА) та гіпотиреозі. Хондроїтину сульфат (ХС) є хондропротекторним засобом, що впливає на синтез протеогліканів і колагену 2 типу, як структурні компоненти матриксу хряща, що піддаються пошкодженню при впливі простагландинів на запалений суглоб. Диклофенак натрію, як НПЗЗ, з вираженою протизапальною дією, зв'язаною зі зменшенням кількості простагландинів при запаленні суглоба, при окремому використанні не впливає на структуру гіалінового хряща, а його високі дози (>150 мг/добу) призводять до розвитку ускладнень з боку ШКТ, нирок та серцево-судинної системи. L-тироксин, як гормональний засіб, впливає на всі ланки обміну. При гіпотиреозі, на фоні недостатньої кількості ендогенного тироксину, виникають умови для розвитку ОА, внаслідок просочування хрящової тканини мукополісахаридами, руйнування протеогліканів і колагену 2 типу, які формують хрящовий матрикс, ініціюють розвиток запалення, викид простагландинів і необоротні дегенеративно-дистрофічні зміни хрящових тканин. В окремому вигляді L-тироксин слабко впливає на структуру гіалінового хряща, стримує належне відновлення хрящової тканини і остаточне усунення явищ запалення, у зв'язку із тим, що ОА починає розвиватися, як окреме, самостійне захворювання. Сумісне ж призначення ХС та НПЗЗ (наприклад, диклофенаку натрію) допускає зниження колагенолітичної активності простагландинів як ферментів запалення, підвищення синтезу, продукції компонентів хрящового матриксу, виключає необхідність призначення високих доз диклофенаку натрію, разом з його агресією на ШКТ, що істотно збільшує ефективність лікування ОА при супутньому гіпотиреозі. Призначення L-тироксину, поряд з ХС і НПЗЗ, компенсує патологічні зміни обміну речовин, зменшуючи цим просочування хрящової тканини мукополісахаридами, інтенсивність запалення та викид простагландинів.
8. Медичні. Підвищення якості та ефективності лікування остеоартрозу при супутньому гіпотиреозі. Соціальні. Підвищення якості життя хворих та їх спроможності до самообслуговування. Економічні. Зменшення витрат на ортопедичне втручання внаслідок зниження кількості ускладнень остеоартрозу.
9. Застосування L-тироксину, хондроітину сульфату та диклофенаку натрію.
10. Дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів при гіпотиреозі.
11. Індивідуальна непереносимість препаратів.
12. Алергічні явища. При розвитку ускладнень необхідно відмінити прийом речовин, призначити відповідну симптоматичну терапію.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (056) 45-15-65.
14. Немає.
15. Носівець Д.С. (0677399117), Мамчур В.Й. Опришко В.І., Жилюк В.І.

Реєстр. № 277/6/19

1. 5-(2,2-ДИХЛОР-1-МЕТИЛЦИКЛОПРОПІЛ)-4-ФЕНІЛ-3-(ПРОПІЛТІО)-4Н-1.2.4- ТРИАЗОЛ, ЩО ПРОЯВЛЯЄ ДІУРЕТИЧНУ АКТИВНІСТЬ.
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості 3,4-дизаміщених 3(5)-тіо-1.2.4- тріазолу з антиоксидантною, антигіпоксичною, антимікробною, кардіо- та гепатопротекторною дією», 0118U007143, 2018-2022 рр.
3. Фармація.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 132911. МПК (2006) C07D 249/00, A61K 31/00. 5-(2,2-дихлор-1-метилциклопропіл)-4-феніл-3-(пропілтіо)-4Н-1,2,4-триазол, що проявляє діуретичну активність / Гоцуля А.С., Панасенко О.І., Книш Є.Г., Федотов С.О.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201811386; заявл. 19.11.2018; опубл. 11.03.2019, Бюл. № 5.
6. Немає.
7. 5-(2,2-дихлор-1-метилциклопропіл)-4-феніл-3-(пропілтіо)-4Н-1,2,4-триазол, який проявляє діуретичну активність.
8. 5-(2,2-дихлор-1-метилциклопропіл)-4-феніл-3-(пропілтіо)-4Н-1,2,4-триазол проявляє виражену діуретичну активність ніж гіпотіазид та може бути аналогом для створення нової біологічно активної субстанції з діуретичною активністю.
9. Таблетована лікарська форма.
10. Корекція патологічних станів серцево-судинної системи, нирок та печінки, що супроводжуються набряками.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра природничих дисциплін для іноземних студентів та токсикологічної хімії, тел. (0612) 236-06-20.
14. Немає.
15. Гоцуля А.С. (0990425382), Панасенко О.І., Книш Є.Г., Федотов С.О.

Реєстр. № 278/6/19

1. ^^ДІЕТИЛЕТАНОЛАМОНІЙ ^-(2-(5-((ТЕОФШІН-7'-ІЛ)-МЕТИЛИ-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛТІО)АЦЕТАТ, ЯКИЙ ПРОЯВЛЯЄ ПРОТИЗАПАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ.
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості 3,4-дизаміщених 3(5)-тіо-1.2.4- тріазолу з антиоксидантною, антигіпоксичною, антимікробною, кардіо- та гепатопротекторною дією», 0118U007143, 2018-2022 рр.
3. Фармація.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 128132. МПК (2006) C07D 249/00, A61K 31/00, A61P 29/00. К,К-діетилетаноламоній К'-(2-(5-((теофілін-7'-іл)-метил)-4-феніл- 4Н-1,2,4-триазол-3-ілтіо)-ацетат, який проявляє протизапальну активність / Гоцуля А.С., Панасенко О.І., Книш Є.Г.; заявник і патентоласник ЗДМУ! - № u201800634; заявл. 23.01.2018; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. К,К-діетилетаноламоній К'-(2-(5-((теофілін-7'-іл)-метил)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол- 3-ілтіо)-ацетат, який проявляє протизапальну активність.
8. К,К-діетилетаноламоній К'-(2-(5-((теофілін-7'-іл)метил)-4-феніл-4Н-1,2,4- триазол- 3-ілтіо)ацетат порівняно з найближчим аналогом більш виражено проявляє протизапальну активність.
9. Таблетована лікарська форма.
10. Лікування запальних процесів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра природничих дисциплін для іноземних студентів та токсикологічної хімії, тел. (0612) 236-06-20.
14. Немає.
15. Гоцуля А.С. (0990425382), Панасенко О.І., Книш Є.Г.

Реєстр. № 279/6/19

1. ПІПЕРИДИНІЙ N'-(2-(5-((ТЕОФІЛІН-7'-ІЛ)МЕТИЛ)-4-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛТІО)АЦЕТАТ, ЯКИЙ ПРОЯВЛЯЄ ПРОТИЗАПАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ.
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості 3,4-дизаміщених 3(5)-тіо-1,2,4- тріазолу з антиоксидантною, антигіпоксичною, антимікробною, кардіо- та гепатопротекторною дією», 0118U007143, 2018-2022 рр.
3. Фармація.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 126865. МПК (2006) C07D 249/00, A61K 31/00. Піперидиній №-(2-(5-((теофілін-7'-іл)метил)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол-3- ілтіо)ацетат, який проявляє протизапальну активність / Гоцуля А.С., Панасенко О.І., Книш Є.Г.; заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201800635; заявл. 23.01.2018; опубл. 10.07.2018. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Піперидиній №-(2-(5-((теофілін-7'-іл)метил)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол-3- ілтіо)ацетат, який проявляє протизапальну активність.
8. Піперидиній №-(2-(5-((теофілін-7'-іл)метил)-4-феніл-4Н-1,2,4-триазол-3- ілтіо)- ацетат порівняно з прототипом більш виражено проявляє протизапальну активність.
9. Таблетована лікарська форма.
10. Лікування запальних процесів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69, кафедра природничих дисциплін для іноземних студентів та токсикологічної хімії, тел. (0612) 236-06-20.
14. Немає.
15. Гоцуля А.С. (0990425382), Панасенко О.І., Книш Є.Г.

Реєстр. № 280/6/19 1. СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДИЛОЛУ В ТАБЛЕТКАХ.

2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів в аналізі лікарських речовин, що містять в своїй структурі аміногрупу, фенольний гідроксил, та інших», 0116U005350, 2018-2022 рр.
3. Фармація.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 136033. МПК (2019.01) G01N 21/00. Спосіб кількісного спектрофотометричного визначення карведилолу в таблетках / Васюк С.О., Малецька О.Р., заявник і патентовласник ЗДМУ - № u201902539; заявл. 15.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.

7. Спосіб кількісного спектрофотометричного визначення карведилолу в таблетках, полягає у розчиненні проби, фільтруванні отриманого розчину, обробленні проби реагентами та вимірюванні абсорбції, який відрізняється тим, що розчиняють пробу у водно-метаноловому середовищі, застосовують кольорореагент - розчин діазолю червоного ЖЖ, додають натрію карбонат, витримують аналізований розчин протягом 10 хвилин та вимірюють абсорбцію у видимій області спектра при довжині хвилі 385 нм.
8. Зменшення часу виконання аналізу та зменшення кількості використаних реагентів.
9. Наявність сертифікованих науково-дослідних лабораторій з контролю якості лікарських засобів, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного напрямку підготовки.
10. Для проведення кількісного спектрофотометричного визначення карведилолу 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) 34-2181.
14. Немає.
15. Малецька О.Р. (0508384973), Васюк С.О.

Реєстр. № 281/6/19 1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ
«ТЕХНОЛОГІЯ ВИГОТОВЛЕННЯ В УМОВАХ АПТЕК ЕМУЛЬСІЙНОЇ ОСНОВИ ДЛЯ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТА КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ».

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Призначено для виготовлення в умовах аптек емульсійної основи для використання у складі м'яких косметичних та лікарських засобів, що дозволить розширити існуючий асортимент даної групи засобів та забезпечити потреби пацієнтів.
8. Переваги: медичні - розширення асортименту вітчизняних м'яких лікарських та косметичних засобів; соціальні - забезпечення населення якісними м'якими лікарськими та косметичними засобів вітчизняного виробництва; економічні - менша вартість у порівнянні з закордонними аналогами, що дозволяє зменшити загальну вартість курсу лікування.
9. Олія кукурудзяна, комплексний емульгатор olivem 1000 (Cetearyl Olivate/Sorbitan Olivate), вода очищена.
10. Виготовлення м'яких лікарських та косметичних засобів.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів запропонованої основи.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке дотримання описаної технології виготовлення емульсійної основи.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Зуйкіна Є.В. (0572657200), Половко Н.П.

Реєстр. № 282/6/19

1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ «СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ВИГОТОВЛЕННЯ В УМОВАХ АПТЕК ЗБОРУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ».
2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Призначено для визначення технології виготовлення лікарського рослинного збору для корекції клімактеричних розладів в умовах аптек.
8. Переваги: медичні - розширення асортименту вітчизняних лікарських препаратів рослинного походження для корекції клімактеричних розладів; соціальні - забезпечення населення якісними лікарськими засобами для корекції клімактеричних розладів вітчизняного виробництва; економічні - менша вартість у порівнянні з закордонними аналогами, що дозволяє зменшити загальну вартість курсу лікування.
9. Конюшини лугової трава, липи серцелистої квітки, деревію звичайного трава, чебрецю повзучого трава.
10. Виготовлення лікарського рослинного збору для корекції клімактеричних розладів в умовах аптек.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів запропонованої основи.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке дотримання описаної технології виготовлення емульсійної основи.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Коноваленко І.С. (0572657200), Половко Н.П.

Реєстр. № 283/6/19 1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ «СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ПРИГОТУВАННЯ ПРОТИГЕЛЬМІНТНОГО ЗБОРУ В АПТЕЧНИХ УМОВАХ».

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Наведено склад та описано технологію виготовлення збору з протигельмінтною дією в умовах аптек.
8. Переваги: медичні - розширення асортименту вітчизняних лікарських засобів з протигельмінтною дією; соціальні - забезпечення населення вітчизняними лікарськими препаратами з протигельмінтною дією; економічні - менша вартість у порівнянні з закордонними аналогами, що дозволяє зменшити загальну вартість курсу лікування.
9. Пижма квітки, полину гіркого трава, золототисячнику трава, полину цитварного квітки, крушини кора, оману кореневища з коренями, кульбаби лікарської трави з коренями, імбиру кореневища, валеріани кореневища з коренями, ромашки лікарської квітки.
10. Виготовлення збору з протигельмінтною дією.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів запропонованої основи.

12. Для запобігання помилок необхідне чітке дотримання описаного складу та технології виготовлення збору.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Семченко К.В. (0572657200), Вишневська Л.І.

Реєстр. № 284/6/19 1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ «СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ПРИГОТУВАННЯ ПРОТИГЕЛЬМІНТНОГО ЗБОРУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕМАТОДОЗІВ В АПТЕЧНИХ УМОВАХ».

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Наведено склад та описано технологію виготовлення протигельмінтного збору для лікування нематодозів в умовах аптек.
8. Переваги: медичні - розширення асортименту вітчизняних лікарських засобів з протигельмінтною дією для лікування нематодозів; соціальні - забезпечення населення вітчизняними лікарськими препаратами з протигельмінтною дією для лікування нематодозів; економічні - менша вартість у порівнянні з закордонними аналогами, що дозволяє зменшити загальну вартість курсу лікування.
9. Пижма квітки, крушини кора, полину цитварного квітки, полину гіркого трава, золототисячнику трава, берези бруньки, верби кора, володушки золотистої трава, валеріани кореневища з коренями, кульбаби лікарської трави з коренями.
10. Виготовлення збору з протигельмінтною дією для лікування нематодозів.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів запропонованої основи.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке дотримання описаного складу та технології виготовлення збору
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Семченко К.В. (0572657200), Вишневська Л.І.

Реєстр. № 285/6/19 1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ «СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ПРИГОТУВАННЯ ПРОТИГЕЛЬМІНТНОГО ЗБОРУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦЕСТОДОЗІВ В АПТЕЧНИХ УМОВАХ».

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Наведено склад та описано технологію виготовлення протигельмінтного збору для лікування цестодозів в умовах аптек.
8. Переваги: медичні - розширення асортименту вітчизняних лікарських засобів з протигельмінтною дією для лікування цестодозів; соціальні - забезпечення

населення вітчизняними лікарськими препаратами з протигельмінтною дією для лікування цестодозів; економічні - менша вартість у порівнянні з закордонними аналогами, що дозволяє зменшити загальну вартість курсу лікування.

9. Полину гіркого трава, оману кореневища з коренями, крушини кора, імбиру кореневища, цибулі посівної (часнику) бульби, валеріани кореневища з коренями, м'яти перцевої листя, липи квітки, женьшеню корінь.
10. Виготовлення збору з протигельмінтною дією для лікування цестодозів.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів запропонованої основи.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке дотримання описаного складу та технології виготовлення збору.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Семченко К.В. (0572657200), Вишневська Л.І.

Реєстр. № 286/6/19

1. ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧНОГО ЗНАЧЕННЯ ПОПУЛЯЦІЙНОГО РОЗПОДІЛУ ЧАСТОТ ПОЛІМОРФІЗМУ 174C/G ГЕНА IL-6 СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ.
2. НДР «Оцінка медичних технологій та ступеня якості фармакотерапії різних захворювань», 0119U002167.
3. Фармація.
4. 2+^,C.
5. Немає.
6. Немає.
7. На біотрансформацію лікарських засобів впливає багато чинників. Серед них розподіл людей за типом метаболізму. Виділяють різні типи метаболізаторів: нормальні, повільні та надшвидкі. Так, індуктори ферментів при взаємодії з деякими лікарськими засобами можуть прискорювати їх біотрансформацію і при цьому вони не метаболізуються. При надшвидкому метаболізмі багато лікарських засобів стають не ефективними. В той же час лікарські засоби з активними метаболітами можуть чинити високий терапевтичний чи токсичний ефект внаслідок індукції ферментів. Можливе гальмування ферментів при одночасному прийомі двох лікарських засобів, що метаболізуються через один і той самий фермент, конкурентно зв'язуючись з його рецептором. Більш потужний інгібітор в даному випадку домінує, пригнічуючи метаболізм конкурентного лікарського засобу. При цьому для більшості лікарських засобів відбувається зростання в плазмі неметаболізованих субстратів з токсичною дією. Для деяких лікарських засобів гальмування призводить до зменшення їх терапевтичної цінності. У зв'язку з клінічною значущістю варіанта 174C/G гена IL-6 представлено результати вивчення популяційного розподілу одного з поліморфізмів гена, а саме варіанта 174C/G серед української популяції. У осіб з алелем G спостерігаються більш високі концентрації IL-6 в крові в порівнянні з носіями альтернативного для цього положення алеля C. Встановлено розподіл генотипів у вибірці українського населення за поліморфізмом 174C/G гена IL-6.
8. Представлені дані дозволяють зробити висновок, що вивчені частоти генів і, відповідно, частоти різних генотипів вказують на наявність міжпопуляційних відмінностей за поліморфізмом 174C/G гена IL-6.
9. Необхідний кадровий штат генетиків, лікарів, клініцистів, провізорів, фармацевтів.
10. Асоціації поліморфізму 174C/G промотора гена IL-6 з клінічно значущими ознаками. Вивчення популяційного розподілу частот поліморфізму 174C/G гена IL-6

серед української популяції. За даною тематикою методичні рекомендації в Україні підготовлені вперше. Дані методичні рекомендації спрямовані на вивчення цитокіну IL-6 та його ізоформ на прикладі 174C/G гена IL-6, а також спрямовані на виявлення його можливих асоціацій з деякими соматичними та поведінковими ознаками людини. Підготовлені методичні рекомендації призначені для працівників системи охорони здоров'я, а саме: керівників фармацевтичних та медичних установ, провізорів, фармацевтів, лікарів; для науково-дослідних лабораторій; виробників лікарських засобів; здобувачів вищої освіти фармацевтичних, медичних, біологічних вишів, а також факультетів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Філіпцова О.В. (0577062342), Кобець М.М. (0577367218), Кобець Ю.М. (0577367218).

Реєстр. № 287/6/19 1. СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ КОРЕНЕВИЩ ЛЕПЕХИ ЗВИЧАЙНОЇ З ПОДАЛЬШИМ ВИЗНАЧЕННЯМ ГРАНИЧНОГО ВМІСТУ АЗАРОНУ.

2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949; «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 0114U000946.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 133674. МПК A61K 36/00, A61P 1/00, A61K 31/00, A61K 35/00. Спосіб ідентифікації кореневищ лепехи звичайної з подальшим визначенням граничного вмісту азарону / Яременко М.С., Гонтова Т.М., Котов А.Г., Котова Е.Е.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201805081; заявл. 08.05.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Методика ідентифікації кореневищ лепехи звичайної з подальшим визначенням граничного вмісту азарону методом тонкошарової хроматографії.
8. Медичний, економічний. Характеризується відносною простотою технологічного процесу й зручністю у виконанні, відносною економічністю. Може бути здійснено в умовах хіміко-фармацевтичних виробництв, науково-дослідницьких лабораторіях, лабораторіях контролю якості за допомогою стандартного обладнання.
9. Кореневища лепехи звичайної (Acorus calamus L.), хроматографічна камера, мікрошприц, ТШХ-пластини із шаром силікагелю Р, ФСЗ ДФУ азарону, етилацетат Р, толуол Р, сушильна шафа, розчин анісового альдегіду Р, мірний посуд класу А,
10. Ідентифікація кореневищ лепехи звичайної, визначення граничного вмісту азарону в сировині.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Яременко М.С. (0978575577), Гонтова Т.М., Котова Е.Е., Котов А.Г.

Реєстр. № 288/6/19

1. ТЕРМІНИ ЗАГОТІВЛІ ЛИСТЯ ЛЕПЕХИ ЗВИЧАЙНОЇ (ACORUS CALAMUS L).
2. НДР «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 0114U000946.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рекомендації щодо терміну заготівлі листків лепехи звичайної з метою отримання сировини з найбільшим кількісним вмістом біологічно активних речовин для подальшого дослідження чи використання фармацевтичною та/або косметичною галузями в якості додаткової сировинної бази рослини.
8. Медичний, економічний. Забезпечує отримання при заготівлі листя лепехи звичайної сировини з відносно стабільним максимальним вмістом біологічно активних речовин.
9. Листя лепехи звичайної (Acorus calamus L.).
10. Рекомендації щодо оптимальних термінів заготівлі листя лепехи звичайної з метою отримання сировини з максимальним вмістом біологічно активних речовин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Яременко М.С. (0978575577), Котова Е.Е., Гонтова Т.М.

Реєстр. № 289/6/19 1.

ГЕЛЬ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135187. МПК A61P 1/02 (2006.01), A61K 9/06 (2006.1) , A61K 36/48 (2006.01). Фармацевтична композиція багатоспрямованої дії у формі стоматологічного гелю / Маслій Ю.С., Рубан О.А., Зайченко Г.В., Грудницька О.О.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201812406; заявл. 13.12.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Розробка складу та технології стоматологічного лікарського засобу у формі гелю.
8. Завдяки поєднанню в одній лікарській формі компонентів природного та синтетичного походження у заданому співвідношенні забезпечується комплексна багатоспрямована дія на патогенетичні ланки захворювань пародонта і слизової оболонки ротової порожнини. Крім того, запропонований стоматологічний гель рекомендовано для лікування патологій або травм слизової оболонки, спричинених користуванням зубного протезу, що на сьогоднішній день є дуже актуальним, враховуючи розповсюдженість даної процедури серед пацієнтів різних вікових груп. Проведеним маркетинговим дослідженням встановлено обмежену кількість вітчизняних стоматологічних гелів на фармацевтичному ринку України. Стоматологічний гель одержують за простою технологією на стандартному обладнанні хіміко-фармацевтичного підприємства.
9. Обладнання, що використовується для отримання м’яких лікарських форм.

10. Лікування і профілактика запальних захворювань пародонту (гінгівіти, пародонтити), слизової оболонки порожнини рота (стоматити) та для адаптації до знімних протезів.
11. Гіперчутливість до компонентів лікарського засобу.
12. Використовувати за призначенням лікаря або згідно з інструкцією до медичного застосування лікарського засобу.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81.
14. Немає.
15. Маслій Ю.С. (0686105287), Рубан О.А.

Реєстр. № 290/6/19 1.
ВАГІНАЛЬНИЙ ГЕЛЬ ПРОТИГРИБКОВОЇ ДІЇ.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі як природної так і синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136729. МПК A61K 9/10, A61K 31/00, A61P 31/10; Фармацевтична композиція у формі гелю для лікування вагінальних кандидозів / Криклива І.О., Рубан О.А., Стрілець О.П., Стрельников Л.С., Демченко О.В.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201903161; заявл. 29.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Розробка складу та технології гелю для лікування вагінальних кандидозів, що містить активні компоненти природного та синтетичного походження.
8. Запропоновано створення нової фармацевтичної композиції у формі гелю, завдяки якій досягається комплексна фармакологічна дія на патогенетичні ланки вагінального кандидозу шляхом введення до його складу додаткових компонентів, що забезпечить підвищення ефективності препарату, дозволить усунути побічні дії.
9. Обладнання, що використовується для отримання м’яких лікарських форм.
10. Лікування вагінальних кандидозів, профілактика розвитку ускладнень.
11. Підвищена чутливість до компонентів вагінального гелю.
12. Використовується за призначенням лікаря, або згідно з інструкцією для застосування.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81.
14. Немає.
15. Криклива І.О., Рубан О.А., Стрілець О.П., Стрельников Л.С., Демченко О.В.

Реєстр. № 291/6/19 1. ГУМКА ЖУВАЛЬНА ЛІКУВАЛЬНА ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136727. МПК A61K 9/68 (2006.01), A61P 1/02 (2006.1) . Фармацевтична композиція у формі гумки жувальної лікувальної для застосування у стоматології / Маслій Ю.С., Рубан О.А.; заявник і патентовласник

Національний фармацевтичний університет. - № u2019 03158; заявл. 29.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.

6. Немає.
7. Розробка складу та технології стоматологічного лікарського засобу у формі гумки жувальної лікувальної.
8. Як стоматологічна лікарська форма ГЖЛ має ряд переваг: при жуванні посилюється слиновиділення, що сприяє поліпшенню процесу травлення, ремінералізації і очищенню зубів; слиновиділення сприяє зволоженню порожнини рота, що є профілактикою та лікуванням ксеростомії; жувальні м'язи отримують рівномірне, збалансоване навантаження на зуби і ясна в силу пластичних і фізико-механічних властивостей самої жувальної гумки; масаж ясен, що сприяє кращому кровопостачанню і мікроциркуляції тканин пародонта, в деякій мірі є профілактикою пародонтозу. Завдяки введеним активним фармацевтичним інгредієнтам запропоновані ГЖЛ мають комплексну фармакологічну дію як на м'які, так і на тверді тканини ротової порожнини та забезпечують більш швидке вивільнення лікарських речовин, ніж ГЖЛ, отримані традиційними методами, внаслідок більш слабкого зв'язування лікарської речовини з жувальною основою, що забезпечить їх високу біодоступність. На сьогодні український фармацевтичний ринок препаратів у формі ГЖЛ формують лише іноземні виробники, серед яких жувальні гумки по догляду за ротовою порожниною займають лише 15 %, тому розробка вітчизняних препаратів у цій лікарській формі дозволить поповнити та розширити асортимент стоматологічних лікарських засобів. Метод виробництва запропонованих ГЖЛ - пресування з використанням звичайного таблеткового пресу, що дозволить впровадити цю технологію у роботу багатьох вітчизняних фармацевтичних підприємств.
9. Обладнання, що використовується для отримання твердих лікарських форм.
10. Профілактика та лікування стоматологічних захворювань, зокрема ксеростомії, запальних захворювань пародонту (гінгівіт, пародонтит), слизової оболонки (стоматит) та карієсу
11. Непереносимість компонентів лікарського засобу.
12. Використовувати за призначенням лікаря або згідно з інструкцією до медичного застосування лікарського засобу
13. Національний фармацевтичний університет.
14. Немає.
15. Маслій Ю.С. (0686105287), Рубан О.А.

Реєстр. № 292/6/19 1. ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ДІЇ У ФОРМІ МАТРИЧНИХ ТАБЛЕТОК.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945; «Створення нових оригінальних комбінованих лікарських засобів для терапії цукрового діабету другого типу», 0114U000957.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130743. МПК A61K 36/45, A61K 31/195, A61K 9/20, A61P 3/10. Фармацевтична композиція антидіабетичної дії у формі матричних таблеток / Рубан О.А., Колісник Т.Є.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201806328; заявл. 06.06.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.

7. Розробка матричних таблеток з пролонгованим вивільненням для лікування цукрового діабету II типу та проявів метаболічного синдрому, які у якості активної речовини містять засіб рослинного походження.
8. Завдяки біологічно активним речовинам активного фармацевтичного інгредієнту (екстракту листя чорниці сухого з додаванням аргініну та інозитолу), а також технологічному рішенню щодо лікарської форми (матричні таблетки пролонгованого вивільнення), фармацевтична композиція має покращені фармакокінетичні характеристики та широкий спектр фармакологічних активностей, що обумовлює її виражену гіпоглікемічну дію. Заявлена композиція дозволить розширити асортимент пероральних антидіабетичних препаратів для корекції інсулінорезистентних станів та лікування ЦД II типу як у вигляді монотерапії, так і у комплексі з пероральними цукрознижувальними засобами синтетичного походження.
9. Обладнання, що використовується для отримання твердих лікарських форм.
10. Цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром зі стійкою інсулінорезистентністю.
11. Непереносимість компонентів лікарського засобу.
12. Використовувати за призначенням лікаря або згідно з інструкцією до медичного застосування лікарського засобу
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81.
14. Немає.
15. Рубан О.А., Колісник Т.Є. (0682474033).

Реєстр. № 293/6/19 1. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ РОСЛИННИХ ОБ'ЄКТІВ ПРИ РОЗРОБЦІ ФІТОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945, 2016-2020 рр.
3. Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація.
4. 2++,B.
5. Немає.
6. Немає.
7. У методичних рекомендаціях наведено алгоритм пошуку та визначення рослинних об'єктів при створенні фітопрепаратів для лікування хвороб шлунково-кишкового тракту та згідно окресленим етапам представлені результати власних досліджень.
8. Науково-методичні підходи до вибору рослинних об'єктів при розробці фітопрепаратів гастроентерологічної спрямованості, що висвітлено у заявлених методичних рекомендаціях, були теоретичною основою та прикладом оптимізації дослідницької роботи з вибору рослинних об'єктів при фармацевтичній розробці лікарських засобів.
9. Науково-методичні рекомендації призначені для аспірантів, молодих науковців, наукових співробітників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я, провізорів, фармацевтів.
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.
14. Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації.
15. Шульга Л.І., Безкровна К.С., Файзуллін О.В.

Реєстр. № 294/6/19

1. 2-((5-((2,5-ДИМЕТОКСИФЕНІЛ)АМШО)-1,3,4-ТІАДІАЗОЛ-2-ІЛ)ТЮ)^- (НАФТИЛЕН-1 -ІЛ)АЦЕТ АМІД, ЩО ПРОЯВЛЯЄ ДІУРЕТИЧНУ АКТИВНІСТЬ.
2. НДР «Молекулярний дизайн і цілеспрямований синтез нових біологічно активних органічних речовин та їх фокусованих комбінаторних бібліотек», 0114U000944.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 135630. МПК (2006) CO7D 285/12 (2006.01), A61K 31/433 (2006.01), A61P 13/00. тіадіазол-2-іл)тіо)-К-(нафтилен-1-іл)ацетамід, що проявляє діуретичну активність / Перехода Л.О., Сич І.В., Драпак І.В., Березняков А.В., Сич І.А., Сулейман М.М., Рахімова М.В., Гріневич Л.О.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201900929; заявл. 29.01.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Розробка методики синтезу нової біологічно активної сполуки 2-((5-((2,5-диметоксифеніл)аміно)-1,3,4-тіадіазол-2-іл)тіо)-К-(нафтилен-1-іл)ацетаміду, яка перевищує діуретичну активність референс-препарату Гіпотіазиду у 1,8 рази. 2-((5- ((2,5-Диметоксифеніл)аміно)-1,3,4-тіадіазол-2-іл)тіо)-К-(нафтилен-1-іл)ацетамід одержують шляхом взаємодії 2,5-диметокси-феніламіно-1,3,4-тіадіазол (3Н)-2-тіону (попередньо одержаного циклізацією К-(2,5-диметоксифеніл)тіосемікарбазиду і дисульфіду вуглецю за наявності в реакційному середовищі амонієвої солі 2,5- димеркаптотіадіазолу) з нафтиламідом хлорацетатної кислоти. Реакцію проводять при недовготривалому нагріванні вихідних компонентів в еквімолярних співвідношеннях в водно-етанольному середовищі за наявності еквімолярної кількості КОН.
8. Оптимізація пошуку нових діуретичних агентів в умовах хіміко-фармацевтичного підприємства за доступною технологією без використання токсичних реагентів, підвищення ефективності лікування захворювань, які супроводжуються зменшенням діурезу та в комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, доклінічних та клінічних випробувань фармакологічної активності, фізико- технологічних досліджень, розробки методів контролю якості ефективних сполук - кандидатів у лікарські препарати.
10. Створення ефективних діуретичних засобів на основі амідованих похідних 2-((5- ((2,5-диметоксифеніл)аміно)-1,3,4-тіадіазол-2-іл)тіо)-К-(нафтилен-1-іл)ацетатної кислоти.
11. Немає.
12. Ускладнення не спостерігалися.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, 706-15-03.
14. Немає.
15. Перехода Л.О. (0506357443), Сич І.В., Драпак І.В., Березняков А.В., Сич І.А., Сулейман М.М., Рахімова М.В., Гріневич Л.О.

Реєстр. № 295/6/19

1. ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ІМБИРУ ЛІКАРСЬКОГО (ZINGIBER OFFICINALE L.) ЯК ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО АНТИДІАБЕТИЧНОГО ЗАСОБУ.

2. НДР «Створення нових оригінальних і комбінованих лікарських засобів для терапії цукрового діабету другого типу», 0114U000957.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Засіб рослинного походження, а саме сухий екстракт імбиру лікарського (Zingiber officinale L.) проявляє виражену антидіабетичну дію і може бути використаний у фармакотерапії цукрового діабету 2 типу як у вигляді монотерапії, так і у комплексі з пероральними цукрознижуючими засобами. Засіб відзначається низькою токсичністю, зручний у використанні.
8. Медичний, економічний. 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. Кореневища імбиру (Zingiber officinale L.), подрібнювач, спирт етиловий 50%, сито, екстрактор, розпилювальна сушарка.
10. Засіб рослинного походження з антидіабетичною дією, який може бути використаний як з метою лікування, так і з метою профілактики цукрового діабету 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Кононенко Н.М., Сорокіна М.В., Чікіткіна В.В. (0997821021).

Реєстр. № 296/6/19

1. ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ КАПУСТИ ГОРОДНЬОЇ (BRASSICA OLERACEA L.) ЯК ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ТА ПРОТИВИРАЗКОВОГО ЗАСОБУ ПРИ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА.
2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Засіб рослинного походження, а саме сухий екстракт капусти городньої (Brassica oleracea L.) проявляє виражені протизапальні та противиразкові властивості і може бути використаний у лікуванні виразкової хвороби шлунка. Застосування засобу дозволить підвищити ефективність, безпечність, а також скоротити терміни лікування виразкових уражень.
8. Медичний, економічний. 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. Капуста городня (Brassica oleracea L.), спирт етиловий 50%, сито, екстрактор, розпилювальна сушарка.
10. Засіб рослинного походження з противиразковою дією, який може бути використаний для фармакотерапії виразкових уражень шлунка.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Кононенко Н.М. (0662517404), Мірзалієв М.Т.

Реєстр. № 297/6/19 1. ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО КРЕМУ ЯК ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ТА РЕПАРАТИВНОГО ЗАСОБУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ І МІКРОБНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ

2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Комбінований засіб у формі крему виявляє виражені протизапальні та репаративні властивості і може бути використаний у лікуванні ран і опіків. Застосування репаративного засобу для лікування ранового процесу дозволить підвищити ефективність, безпечність, а також скоротити терміни загоєння.
8. Медичний, економічний. 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. а-ліпоєва кислота, сечовина, оливкова олія, олія чайного дерева, ПЕГ-400, ректор.
10. Комбінований засіб з ранозагоювальною дією, який може бути використаний для лікування ран і опіків.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Кононенко Н.М. (0662517404), Шейхалі А.М.

Реєстр. № 298/6/19

1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ № 15-2018 «ТЕХНОЛОГІЯ М’ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА УТРУДНЕНИМИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИМИ ПРОПИСАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ AEROSILUM».
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпорального лініменту і мазі шляхом додавання аеросилу.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість м’яких лікарських засобів аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.

9. Фармацевт виробничого відділу аптеки, анестезин, цинку оксид, тальк, олія соняшникова, ментол, кислота борна, настоянки валеріани і конвалії, мазь цинкова, аеросил, терези, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.
10. Для лікування дерматологічних захворювань.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53. тел/факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф. (0978522423), Данькевич О.С., Ткаченко А.О.

Реєстр. № 299/6/19

1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ № 140-2018 «ТЕХНОЛОГІЯ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З PIX LIQUIDA ЗА УТРУДНЕНИМИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИМИ ПРОПИСАМИ».
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів». 0114U000947.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпоральних мазей з Pix liquida шляхом зміни технології.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість мазей з Pix liquida аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.
9. Фармацевт виробничого відділу аптеки, кислота саліцилова, сірка, дьоготь, димексид, олія соняшникова, олія рицинова, вазелін, ланолін безводний, терези, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.
10. Для лікування дерматологічних захворювань.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів мазей.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології мазей.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел./факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф. (0978522423), Данькевич О.С., Мацагорова Д.А.

Реєстр. № 300/6/19 1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ № 386-2018 «ТЕХНОЛОГІЯ ОЧНОЇ МАЗІ З SULFACETAMIDUM NATRICUM».

2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпоральної очної мазі з Sulfacetamidum natricum шляхом зміни компонентів основи і шляхом зміни технології.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість очної мазі з Sulfacetamidum natricum аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.

9. Фармацевт виробничого відділу аптеки, асептичний блок аптеки, сульфацил натрію, вода очищена, олія вазелінова, вазелін, ланолін безводний, віск бджолиний, терези, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.
10. Для застосування при офтальмологічних захворюваннях.
11. Індивідуальна непереносимість компонентів мазей.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології мазей.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел./факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф. (0978522423), Данькевич О.С., Бикасова В.В.

Реєстр. № 301/6/19 1. СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ЖОРЖИНИ СОРТУ KEN'S FLAME З АНТИМІКРОБНОЮ ДІЄЮ.

2. НДР «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на їх основі», 0114U000946.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118295. МПК А61К 36/28, А61К 135/00, А61Р 31/04. Спосіб одержання сухого екстракту 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 Національний фармацевтичний університет. - № а201701248; заявл. 10.02.2017; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Сухий екстракт з антимікробною дією, одержаний за новою технологією, на основі рослинної сировини - трави жоржини сорту Ken's Flame.
8. Заявлено спосіб простий, економічний, який передбачає використання доступних та екологічно безпечних реактивів і може бути здійснений на будь-якому фармацевтичному підприємстві зі стандартним обладнанням. Сухий екстракт, одержаний заявленим способом, може бути використаний як лікарська субстанція для створення препаратів з антимікробною дією у різних лікарських формах.
9. Процедура розробки сухого екстракту з трави жоржини 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., Чушенко В.М. (0500864641), Осолодченко Т.П.

Реєстр. № 302/6/19 1. ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ У ФОРМІ НАЗАЛЬНОГО ГЕЛЮ З АНТИМІКРОБНОЮ ТА ПРОТИВІРУСНОЮ (ВІДНОСНО АДЕНОВІРУСУ) ДІЄЮ.

2. НДР «Розробка складу, технології та біофармацевтичні дослідження лікарських засобів на основі природної та синтетичної сировини», 0114U000945.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 129751. МПК A61K 9/00, A61K 31/00, A61P 11/00. Фармацевтична композиція у формі назального гелю з антимікробною та противірусною (відносно аденовірусу) дією / Рухмакова О.А., Карпенко І.А., Ярних Т.Г.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201805072; заявл. 08.05.2018; опубл. 12.11.2018. Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Корисна модель належить до фармації та медицини, а саме до засобів рослинного походження у формі назального гелю, який виявляє антимікробну та противірусну (відносно аденовірусу) дію. Фармацевтична композиція як біологічно активні речовини містить сухий екстракт солодкового кореня, ефірні олії евкаліпту прутовидного та сосни, компонентами гелевої основи вибрано:карбопол, триетаноламін, пропіленгіколь, етанол 96 %, вода очищена.
8. Впровадження технології назального гелю дозволить розширити наявний асортимент лікарських засобів та покращити якісне медикаментозне забезпечення хворих.
9. Провізори, магістранти, аспіранти, викладачі, спеціалісти фармацевтичної та медичної галузі.
10. Новий засіб у формі назального гелю рослинного походження, який має виражену антимікробну і противірусну (відносно аденовірусу) дію може бути використаний у складі комплексної терапії вірусного риніту. Новий засіб складається з доступних фармацевтично прийнятних компонентів і може бути одержаний в умовах звичайного хіміко-фармацевтичного виробництва за простою технологією з використанням стандартного обладнання.
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. Рухмакова О.А. (0974248696), Карпенко І.А., Ярних Т.Г.

Реєстр. № 303/6/19 1. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ «ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРИГОТУВАННЯ ПІЛЮЛЬ»

2. НДР «Розробка і удосконалення складу та технології екстемпоральних лікарських препаратів», 0114U000947.
3. Фармація, промислова фармація.
4. 2+,С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 80460. Технологічні аспекти приготування пілюль / Ярних Т.Г., Орловецька Н.Ф., Юр'єва Г.Б.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - Дата реєстрації 24.07.2018.
6. Немає.
7. Проведено аналіз рецептурних прописів пілюль, узагальнено класифікацію допоміжних речовин та обладнання, що використовується у технології пілюль. Систематизовані підходи до вибору оптимальної технології пілюль залежно від фізико-хімічних властивостей активних лікарських речовин. Узагальнено правила оформлення та відпуску пілюль.
8. Впровадження технології пілюль дозволить розширити асортимент екстемпоральних лікарських засобів та покращити якісне медикаментозне забезпечення хворих.

9. Провізори, магістранти, аспіранти, викладачі, спеціалісти фармацевтичної та медичної галузі.
10. Методичні рекомендації призначені для закладів охорони здоров'я, зокрема для фармацевтичних підприємств та аптечних закладів, наукових і практичних спеціалістів медицини і фармації, студентів медичних та фармацевтичних вузів. Застосовуються як довідник з питань технології пілюль для працівників фармацевтичної галузі. Дасть змогу забезпечити якісне виготовлення екстемпоральних лікарських засобів в умовах аптек.
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. Ярних Т.Г., Орловецька Н.Ф., Юр'єва Г.Б. (0636373735).

Реєстр. № 304/6/19 1. ОРГАНІЗАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Науково-методичні рекомендації спрямовані на формування науково-практичних підходів до організації соціально відповідальної діяльності фармацевтичних компаній, що дозволить підвищити ефективність цієї діяльності на вітчизняних фармацевтичних підприємствах, завдяки чому укріпиться їхня ділова репутація, імідж та підвищиться конкурентоспроможність як на українському, так і на світовому фармацевтичному ринках.
8. Визначено коло компетентностей та обов'язків менеджерів із соціальної відповідальності фармацевтичних підприємств; удосконалено науково-практичні підходи до формування організаційного забезпечення соціально відповідальної діяльності фармацевтичних підприємств; побудована організаційна структура управління соціальною відповідальністю фармацевтичного бізнесу.
9. Комп'ютерні програми Statistica 6.1, Microsoft Office Excel, Microsoft Office Visio, методи множинної кореляції, таксономічний аналіз, комп'ютерна техніка.
10. Впровадження запропонованої організаційної структури управління соціальною відповідальністю фармацевтичного бізнесу дозволить більш ефективно обирати та оптимально поєднувати адекватні сучасним вимогам методи та інструменти організації соціально відповідальної діяльності на фармацевтичних підприємствах.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71, факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Братішко Ю.С. (0577718147), Посилкіна О.В.

Реєстр. № 305/6/19

1. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТНИМ ПОРТФЕЛЕМ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КОМПАНІЯХ.
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виявлено основні напрями (програми) проектних портфелів ключових українських фармацевтичних компаній; визначено базові проблеми управління проектним портфелем в умовах фармацевтичного виробництва; визначено сукупність підпроцесів управління проектним портфелем і побудовано процесну модель управління проектним портфелем в умовах фармацевтичного виробництва.
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: Перевагами упровадження процесної моделі управління проектним портфелем фармацевтичними компаніями є уніфікація підходів до відбору, оцінки та пріоритезації компонентів проектного портфелю, скорочення часу на підготовку документації, що в кінцевому підсумку забезпечує підвищення ефективності проектної діяльності.
9. Комп'ютерна програма Microsoft Visio.
10. Впровадження запропонованих науково-методичних підходів до регламентації процесу управління проектним портфелем в умовах фармацевтичного виробництва сприятиме удосконаленню процесу управління проектами, зниженню термінів і вартості проектів, зростанню рівня організаційної зрілості фармацевтичних компаній.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71, факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О.В., Деренська Я.М. (0577718147).

Реєстр. № 306/6/19 1. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ ПРИ СТВОРЕННІ БІОСИМІЛЯРІВ.

2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Біотехнологічні лікарські засоби відкрили нові можливості терапії захворювань, які важко піддаються лікуванню. Впровадження у виробництво високоефективних і безпечних вітчизняних біосимілярів для терапії найбільш актуальних захворювань (діабет, анемія, онкопатології, імунопатології), їх патентування та комерціалізація, дозволить підвищити конкурентоспроможність і стійкий розвиток вітчизняних фармацевтичних компаній. Виявлено суттєві економічні переваги біосимілярів вітчизняного виробництва (вартість в середньому нижча у 2,5 рази) у порівнянні з оригінальними лікарськими засобами. Доведено, що на різних етапах досліджень та впровадження біосимілярів можливі різні види їх патентування з відповідними

завданнями винаходів. Запропонований авторський алгоритм щодо комерціалізації біосимілярів залежно від стадії підготовки реєстраційного досьє.

8. Очікуваний соціально-економічний ефект: удосконалення патентно-ліцензійної стратегії фармацевтичних компаній, ЗВО медичного та фармацевтичного профілю, наукових установ при створенні біосимілярів.
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, бази даних, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.
10. Впровадження запропонованих методичних підходів щодо управління інтелектуальними ресурсами, які пов'язані з розробкою, виробництвом біосимілярів та подальшою їх комерціалізацію, 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) 706-30-71, факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Літвінова О.В. (0577718147), Посилкіна О.В.

Реєстр. № 307/6/19 1. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ Й УПРАВЛІННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ РИЗИКАМИ У ФАРМАЦІЇ.

2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Необхідність обґрунтування вибору найбільш ефективних інноваційних рішень в умовах ризику обумовлює актуальність та важливість застосування сучасних методів ідентифікації, аналізу та управління ризиками у процесі проведення наукових досліджень у фармації. Здійснена класифікація ризиків, з якими стикаються суб'єкти фармацевтичного ринку при комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності, обґрунтовані науково-методичні підходи до ідентифікації й оцінки інтелектуальних ризиків і запропонована система заходів щодо їх запобігання. Розроблена матриця оцінки потенційних фінансових втрат, пов'язаних з інтелектуальними ризиками, які виникають у процесі комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності в фармації. Обґрунтовані рекомендації щодо вибору оптимальних напрямків комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності, які перебувають в зонах ризиків «дуже високого впливу», «високого впливу» для їх поступового переходу до зони ризиків «припустимого впливу» та «несуттєвого впливу».
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: дозволить вітчизняним фармацевтичним компаніям укріпити власні ринкові позиції, вдосконалити фінансову діяльність завдяки використанню патентних активів, підвищити конкурентоспроможність інноваційних препаратів, знизити ризики розробників лікарських засобів.
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, бази даних, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.

10. Впровадження запропонованих методичних підходів щодо оцінки й управління інтелектуальними ризиками у фармації сприятиме досягненню фармацевтичними компаніями конкурентних переваг, реалізації майнових прав розробників інноваційних лікарських засобів, а також одержанню комерційних переваг при продовженні інноваційної діяльності.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71, факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Літвінова О.В. (0577718147), Посилкіна О.В.

Реєстр. № 308/6/19 1. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ.

2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблені методичні рекомендації. Визначено, що до факторів, які необхідно враховувати при формуванні асортименту лікарських косметичних засобів, відносяться: місце розташування; формат аптеки; потреби цільової групи споживачів; популярність торгової марки; загальна стратегія аптечного закладу та ключові індикатори діяльності. Досліджено, що для всіх типів аптек включення лікарських косметичних засобів до асортименту сприяє росту динаміки обсягів продаж, рентабельності продаж та зростанню клієнтської бази. Обґрунтовані рекомендації щодо напрямків оптимізації стратегії управління асортиментом лікарських косметичних засобів в аптечних закладах різного типу в залежності від рекомендованих ключових індикаторів їх діяльності.
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: удосконалення процесу управління товарним асортиментом в аптеках різного типу.
9. Модулі Feature Selection and Variable Screening та Generalized Additive Models; метод адитивних сплайнових моделей; засоби Data Mining програмного пакету StatSoft Statistica 10 (StatSoft Inc., USA).
10. Впровадження запропонованих методичних підходів щодо оптимізації асортименту лікарських косметичних засобів в аптечних закладах сприятиме більш повному задоволенню потреб споживачів із дерматокосметичними проблемами, з одного боку, та досягненню аптеками встановлених індикаторів ефективності їх діяльності.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71, факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О.В., Котлярова В.Г. (0577718147), Чечотка О.В.

Реєстр. № 309/6/19

1. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ТОВАРНОГО АСОРТИМЕНТУ В АПТЕЧНИХ МЕРЕЖАХ НА ЗАСАДАХ КАТЕГОРІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ.
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2023 рр.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Сьогодні аптечні мережі стали вагомими учасниками фармацевтичного ринку України, вони контролюють до 71% внутрішнього ринку. Від ефективного функціонування аптечних мереж залежить якість лікарського забезпечення населення України. Тому управління товарним асортиментом є однією з найважливіших функцій аптечних мереж. Розроблено і опрацьовано науково-методичні підходи до формування товарного асортименту в аптечних мережах на засадах категорійного менеджменту, які передбачають: визначення товарних категорій фармацевтичної продукції, їх внутрішньої структури за АТС- класифікацією; аналіз основних економічних показників за виділеними товарними категоріями; визначення ролі кожної товарної категорії відповідно до її впливу на досягнення цілей аптечних мереж; вивчення попиту за кожною товарною категорією та її внутрішнім наповненням; оцінку поточного стану категорії, її структури і визначення можливих змін при роботі з асортиментним наповненням в майбутньому; оптимізацію за кожною категорією всього ланцюжка руху товару від закупівлі і формування товарних запасів до безпосередньо продажів; вироблення асортиментної політики за обраними критеріями та оцінка її ефективності, реалізація асортиментної політики. Доведено, що впровадження категорійного менеджменту в діяльність аптечних мереж дозволяє збалансувати товарний асортимент, зменшити кількість неліквідних товарних позицій, оптимізувати товарні запаси і підвищити прибутковість продажів.
8. Використання запропонованої методики формування товарного асортименту в аптечних мережах на засадах категорійного менеджменту дозволить найбільш повно задовольняти потреби споживачів у лікарських засобах; сформувати оптимальний асортимент лікарських засобів; забезпечити максимальні показники прибутковості аптечних мереж; скоротити витрати часу на вибір і покупку необхідного товару; розробити ефективну цінову політику і мерчандайзингову програми з урахуванням специфіки аптеки; підвищити оборотність товарних запасів; враховувати фактори, що впливають на реалізацію препаратів в рамках конкретної категорії, сезонності і прибутковості товарних категорій; сприяти оптимізації структури асортименту в рамках конкретної товарної категорії; оптимізувати увесь ланцюжок руху товару та враховувати вплив різних товарних груп одна на одну; сприяти більш тісному і взаємовигідному співробітництву виробника, постачальника і аптечної мережі, і в кінцевому підсумку покращити якість фармацевтичного забезпечення населення.
9. Наявний кадровий штат провізорів, маркетологів, менеджерів, весь асортимент лікарських засобів.
10. Формування товарного асортименту в аптечних мережах на засадах категорійного менеджменту дозволяє збалансувати товарний асортимент, зменшити кількість неліквідних товарних позицій, оптимізувати товарні запаси і підвищити прибутковість продажів. Методика на цю тему підготовлена вперше та призначена для практичного використання керівниками, маркетинг-директорами, керівниками виробничих фармацевтичних підприємств, фармацевтичних маркетингових та консалтингових компаній, аптечних мереж і оптових фармацевтичних компаній, маркетологами, бренд-менеджерами та продукт-менеджерами, працівниками служб

маркетингу, фахівцями, які займаються дослідженнями ринку і прогнозуванням конкурентоспроможності аптечних мереж. Може бути корисною для студентів, магістрантів, інтернів, аспірантів, докторантів та викладачів вищих фармацевтичних (медичних) навчальних закладів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О.В. (0577718147), Мала Ж.В. (0577718147), Бондарєва І.В. (0572679172).

Реєстр. № 310/6/19

1. АНТИДІАБЕТИЧНИЙ ЗАСІБ.
2. НДР «Створення нових оригінальних і комбінованих лікарських засобів для терапії цукрового діабету другого типу», 0114U000957.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Нова фармацевтична композиція метформіну 400 мг та бенфотіаміну 20 мг, що призначена для лікування цукрового діабету II типу.
8. Медичний, економічний. Зменшення терапевтичної дози, зниження ризику розвитку побічних ефектів.
9. Субстанції бенфотіаміну та метформіну.
10. Цукровий діабет II типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Немченко А.С., Цубанова Н.А., Безчаснюк О.М., Губарь С.М. (0990752258), Євсєєва Л.В., Тораєв К.Н.

Реєстр. № 311/6/19 1. ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИСТОТИ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ ІНУЛІНУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ МЕТОДОМ ТОНКОШАРОВОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.

2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Методика ідентифікації та визначення чистоти субстанцій інуліну рослинного походження методом тонкошарової хроматографії за стандартними речовинами фруктозою, глюкозою, сахарозою, лактозою та мальтодекстрином при двократному елююванні у рухомій фазі оцтова кислота льодяна Р - хлороформ Р - вода Р (70:60:10) й обприскуванням дифеніламін-анілін-фосфорнокислим реактивом.

8. Спосіб є простим, економічним і легко відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів.
9. Субстанція інуліну рослинного походження; хроматографічна камера; мікрошприц для нанесення зразків; хроматографічна пластина із шаром Силікагелю Р; стандартні речовини фруктози Р, глюкози Р, сахарози Р, лактози Р; мальтодекстрин Р, реактиви: анілін Р, дифеніламін Р, метанол Р, натрію ацетат Р, вода Р, фосфорна кислота Р; фільтрувальний папір; водяна баня; термометр ртутний; мірний посуд класу А.
10. Ідентифікація та визначення чистоти субстанцій інуліну рослинного походження методом тонкошарової хроматографії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, м. Харків, 61002, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Смєлова Н.М. (0672920563), Губарь С.М., Євтіфєєва О.А.

Реєстр. № 312/6/19 1. СПОСІБ ХРОМАТОГРАФІЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АРГІНІНУ ТА ГЛУТАМІНОВОЇ КИСЛОТИ КВАСОЛІ ЗВИЧАЙНОЇ СТУЛОК ПЛОДІВ.

2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949; «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 0114U000946.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 130641. МПК (2006) G01N 30/00, G01N 30/94 (2006.1) . Спосіб хроматографічного визначення аргініну та глутамінової кислоти квасолі звичайної стулок плодів / Крюкова А.І., Губарь С.М., Владимирова І.М., Котов А.Г., Котова Е.Е.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201801136; заявл. 06.02.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Спосіб хроматографічного визначення аргініну та глутамінової кислоти квасолі звичайної стулок плодів включає нанесення смугами етанольної витяжки (20 %; V/V) ЛРС та розчинів порівняння на аналітичну пластинку та подальше трикратне проходження елюенту; висушування пластини до повного видалення запаху розчинника у потоці теплого повітря між кожним зануренням у суміш рухомої фази: бутанол Р - кислота оцтова льодяна Р - вода Р (40:10:10). Як вихідну сировину використовували квасолі звичайної стулки плодів.
8. Спосіб є простим, економічним і легко відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів.
9. Лікарська рослинна сировина квасолі звичайної стулки; хроматографічна камера; мікрошприц для нанесення зразків; хроматографічна пластина із шаром Силікагелю Р; стандартні речовини ФСЗ ДФУ аргініну Р, ФСЗ ДФУ глутамінової кислоти Р; реактиви: бутанол Р, кислота оцтова льодяна Р, вода Р, розчин нінгідрину Р1; фільтрувальний папір; водяна баня; термометр ртутний; мірний посуд класу А.
10. Методика може бути використана для ідентифікації аргініну та глутамінової кислоти у лікарській рослинній сировині квасолі звичайної стулки.
11. Немає.
12. Немає.

13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Крюкова А.І. (0967877364), Губарь С.М., Владимирова І.М., Котов А.Г., Котова Е.Е.

Реєстр. № 313/6/19 1. СПОСІБ ЯКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ІНУЛІНУ В ОМАНУ ВИСОКОГО КОРЕНЕВИЩАХ ТА КОРЕНЯХ МЕТОДОМ ТОНКОШАРОВОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.

2. НДР «Розробка та валідація методів контролю якості лікарських засобів аптечного і промислового виробництва», 0114U000949; «Фармакогностичне дослідження лікарської рослинної сировини та розробка фітотерапевтичних засобів на її основі», 0114U000946.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 134259. МПК C08B 37/18 (2006.01), A61K 36/28 (2006.01), A61K 31/733 (2006.01). Спосіб якісного визначення інуліну в оману високого кореневищах та коренях методом тонкошарової хроматографії / Смєлова Н.М., Губарь С.М., Євтіфєєва О.А., Котов А.Г., Котова Е.Е.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201811983; заявл. 03.12.2018; опубл. 10.05.2019. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб якісного визначення інуліну в кореневищах та коренях оману високого методом тонкошарової хроматографії після гідролізу сировини 40 г/л розчином кислоти сірчаної та хроматографуванні у системі оцтова кислота Р - хлороформ Р - вода Р (70:60:10), при оцінці за денного світла після обробки анілін-дифеніламін- фосфорнокислим реактивом та нагріванні за температури 130°С протягом 10 хвилин. Проводять хроматографування двох витягів: водного витягу сировини, який одержаний шляхом нагрівання на водяній бані протягом 90 хвилин за температури 80°С та витягу, що одержаний після гідролізу сировини протягом 90 хвилин за температури 80°С у порівнянні із 0,5 % водним розчином фруктози Р, глюкози Р та сахарози Р. Імпрегнування пластини Силікагель Р виконують шляхом занурення чи обприскування 0,3 % розчином натрію ацетату з подальшою активацією у сушильній шафі та елююванню у суміші розчинників, відстань, що має пройти рухома фаза складає 10 см, об'єми для нанесення випробуваних розчинів та розчину порівняння складають 5 мкл.
8. Спосіб є простим, економічним і легко відтворюваним із забезпеченням високої точності результатів.
9. Лікарська рослинна сировина Оману кореневища та корені; хроматографічна камера; мікрошприц для нанесення зразків; хроматографічна пластина із шаром Силікагелю Р; стандартні речовини фруктози Р, глюкози Р та сахарози Р; реактиви: анілін Р, дифеніламін Р, метанол Р, натрію ацетат Р, вода Р, фосфорна кислота Р; фільтрувальний папір; водяна баня; термометр ртутний; мірний посуд класу А.
10. Ідентифікація інуліну у сировині оману високого методом тонкошарової хроматографії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Смєлова Н.М. (0672920563), Губарь С.М., Євтіфєєва О.А., Котов А.Г., Котова Е.Е.

Реєстр. № 314/6/19

1. ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
2. НДР «Створення нових оригінальних і комбінованих лікарських засобів для терапії цукрового діабету другого типу», 0114U000957.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 134591. МПК (2006) A61K 31/64 (2006.01), A61K 31/00, A61P 3/10 (2006.01). Фармацевтична композиція для лікування цукрового діабету 2 типу / Цубанова Н.А., Бердник О.Г., Загайко А.Л., Євсєєва Л.В., Губарь С.М.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201812544; заявл. 17.12.2018; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Фармацевтична композиція для лікування цукрового діабету 2 типу що містить глібенкламід, яка відрізняється тим, що додатково містить тіоктову кислоту та бенфотіамін, при наступному співвідношенні компонентів (мг/кг): Глібенкламід (Glibenclamide) 4,0-10,0; Тіоктової кислоти (Tioctic acid) 6,5-25,0; Бенфотіаміну (Benphothiaminum) 25,0-100,0.
8. За рахунок введення до складу композиції таких речовин, як тіоктова кислота та бенфотіамін, забезпечується зниження терапевтичної дози діючої речовини глібенкламіду, і, як наслідок, зменшуються побічні ефекти останнього. Одночасно з цим, композиція впливає на декілька патогенетичних ланок цукрового діабету II типу, що в цілому дозволяє підвищити ефективність медикаментозної терапії й скоротити витрати на лікування хворих.
9. Глібенкламід (Glibenclamide) 4,0-10,0; Тіоктової кислоти (Tioctic acid) 6,5-25,0; Бенфотіаміну (Benphothiaminum) 25,0-100,0.
10. Інсуліннезалежний діабет дорослих (цукровий діабет II типу).
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату, інших препаратів сульфонілсечовини, сульфонамідів, сульфонамідних діуретиків та пробенециду У випадках цукрового діабету, коли вимагається лікування інсуліном: інсулінзалежний цукровий діабет (цукровий діабет I типу), повна вторинна неефективність терапії глібенкламідом при цукровому діабеті II типу, метаболізм з ухилом у бік ацидозу, прекома або діабетична кома, стан після резекції підшлункової залози. Тяжкі порушення функції печінки. Тяжкі порушення функції нирок. Застосування разом з бозентаном.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Цубанова Н.А., Бердник О.Г., Загайко А.Л., Євсєєва Л.В., Губарь С.М. (0990752258).

Реєстр. № 315/6/19 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.
3. Фармація.
4. 2++,С.

5. Патент України на корисну модель № 123030. МПК (2017.01) A61K 36/18, A61K 36/28, A61K 36/38, A61K 36/45, A61K 36/53, A61K 36/534, A61K 36/86, A61K 36/88, A61K 125/00, A61K 127/00, A61K 131/00, A61K 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 . - № u201707293; заявл.
11. 07.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
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. Медичні переваги: 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) 706-30-71.
14. Немає.
15. Таран К.А. (0960708651), Таран С.Г.

Реєстр. № 316/6/19 1. 2-АМІНО-4-(3-ХЛОРФЕНІЛ)-4,6-ДИГІДРОПІРАНО [3,2- C][2,1]БЕНЗОКСАТІЇН-3-КАРБОНІТРИЛ 5,5-ДІОКСИД, ЩО ВИЯВЛЯЄ АНТИКОАГУЛЯНТНУ АКТИВНІСТЬ.

2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956.
3. Фармація.
4. 2++,C.
5. Патент України на корисну модель № 129077. МПК (2018.01) C07Б 411/00, A61K 31/00, A61P 7/02. 2-Аміно-4-(3-хлорфеніл)-4,6-дигідропірано[3,2-c] [2,1] бензоксатіїн-3-карбонітрил 5,5-діоксид, що виявляє антикоагулянтну активність / Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М., Каленіченко Г.С., Черних В.П., Шемчук Л.А.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201802761; заявл. 19.03.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. В основі корисної моделі лежить одержання нової хімічної сполуки з вираженою антикоагулянтною активністю, яка може бути використана як діюча речовина у складі фармацевтичних препаратів для медикаментозної терапії захворювань, що супроводжуються підвищеним згортанням крові.
8. Медичні та економічні. Корисна модель може бути використана при створенні нових лікарських засобів для профілактики та лікування захворювань, що супроводжуються підвищеним згортанням крові, а саме тромбофлебітів, тромбоемболій, порушень мікроциркуляції та в комплексій терапії інфаркту міокарда.

9. Вивчення впливу досліджуваних речовин на згортання крові був використаний метод Бюркера. Синтез 2-Аміно-4-(3-хлорфеніл)-4,6-дигідропірано[3,2- c][2,1]бензоксатіїн-3-карбонітрил 5,5-діоксиду здійснюється за простою технологією і може бути відтворений в умовах стандартного хіміко-фармацевтичного виробництва.
10. Заявлена сполука виявляє виражену антикоагулянтну активність і може бути використона для створення на її основі нових ефективних антикоагулянтних засобів для лікування захворювань, що супроводжуються підвищеним згортанням крові.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М. (0577063073), Каленіченко Г.С., Черних В.П., Шемчук Л. А.

Реєстр. № 317/6/19 1. 2-АМІНО-4-ФЕНІЛ-4,6-ДИГІДРОПІРАНО[3,2-С] [2,1]БЕНЗОКСАТІЇН-3- КАРБОНІТРИЛ 5,5-ДІОКСИД, ЩО ВИЯВЛЯЄ ГЕМОСТАТИЧНУ АКТИВНІСТЬ.

2. НДР «Фармакологічне вивчення біологічно активних речовин та лікарських засобів», 0114U000956.
3. Фармація.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 129079. МПК (2018.01) А61К 31/00, А61Р 7/00, С07Б 411/00. 2-Аміно-4-феніл-4,6-дигідропірано[3,2-c][2,1]бензоксатіїн-3- карбонітрил 5,5-діоксид, що виявляє гемостатичну активність / Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М., Каленіченко Г.С., Черних В.П., Шемчук Л.А.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. - № u201802767; заявл. 19.03.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. В основі корисної моделі лежить одержання нових гетероциклічних похідних, які виявляють гемостатичну активність і можуть бути використані 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 супроводжуються кровотечею.
8. Медичні та економічні. Запропонована сполука може бути використана при створенні нових ефективних гемостатичних засобів на її основі для лікування захворювань, що супроводжуються кровотечею.
9. Вивчення впливу досліджуваних речовин на згортання крові був використаний метод Бюркера. Запропонована сполука синтезована шляхом трикомпонентної одностадійної взаємодії 1,2бензоксатіїн-4(3Н)-он 2,2-діоксиду з малонодинітрилом та бензальдегідом. Вихід речовини складає 65 %. Цільова сполука являє собою кристалічну речовину білого кольору, розчинну у диметилсульфоксиді (ДМСО), диметилформаміді (ДМФА), малорозчинну в етанолі, 45 ацетонітрилі, нерозчинну у воді. Будова та чистота одержаної сполуки підтверджена за допомогою елементного аналізу та 1Н ЯМР-спектроскопії. Синтез 2-Аміно-4-феніл-4,6-дигідропірано[3,2- c][2,1]бензоксатіїн-3-карбонітрил 5,5-діоксид, що виявляє гемостатичну активність здійснюється за простою технологією і може бути відтворений в умовах стандартного хіміко-фармацевтичного виробництва.

10. Заявлена сполука виявляє виражену гемостатичну активність і може бути використана для створення на її основі нових ефективних гемостатичних засобів для лікування захворювань, що супроводжуються кровотечею.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Григорів Г.В., Лега Д.О., Малоштан Л.М. (0577063073), Каленіченко Г.С., Черних В.П., Шемчук Л. А.

Реєстр. № 318/6/19 1. МЕТОДИКА КЛАСИФІКАЦІЇ ЛІКО-ПОВ'ЯЗАНИХ ПОМИЛОК В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ.

2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні вітчизняна система фармаконагляду та нормативно-правова база, яка її регулює, охоплює дані виключно щодо побічних реакцій лікарських засобів (ЛЗ) чи відсутності їх ефективності. Однак, як свідчить міжнародний досвід, несприятливі наслідки застосування ЛЗ у пацієнта не завжди проявляються у вигляді побічної реакції чи відсутності ефективності ЛЗ, та необов'язково є результатом терапевтичної дії ЛЗ на організм людини. Останніми роками у світовій практиці для опису деяких категорій несприятливих наслідків застосування пацієнтами як рецептурних, так і безрецептурних ЛЗ використовуються поняття «medication error», що визначається як «медикаментозна» чи «ліко-пов'язана помилка». Враховуючи результати огляду різних міжнародних класифікаційних систем ліко-пов'язаних помилок (Л-ПП) та тенденції, що характерні вітчизняному фармацевтичному сектору галузі охорони здоров'я, нами обґрунтовано методику класифікації, яка може застосовуватися під час роздрібної реалізації ЛЗ в Україні. Запропонована нами методика включає 44 категорії Л-ПП, які в залежності від етапу надання фармацевтичної допомоги розділені на три рівні: А. Помилки під час вибору безрецептурного ЛЗ у процесі фармацевтичної консультації; В. Помилки під час відпуску ЛЗ фармацевтичним працівником та С. Помилки під час використання ЛЗ пацієнтом.
8. Використання запропонованої методики дозволить розробити підходи до моніторингу Л-ПП та попередити їх появу, підвищити якість надання фармацевтичної допомоги населенню, сприяти забезпеченню раціонального, безпечного та ефективного використання ЛЗ.
9. Фармацевтичні працівники, пацієнти, лікарські засоби, комп'ютерне та програмне забезпечення.
10. Методика класифікації Л-ПП дозволяє забезпечити моніторинг Л-ПП та попередити появу нових Л-ПП та потенційних побічних реакцій ЛЗ. Методика класифікації Л- ПП підготовлена вперше та призначена для практичного використання суб'єктами господарювання з роздрібної реалізації ЛЗ, а також можуть бути призначеною для студентів, магістрантів, інтернів, аспірантів, докторантів та викладачів вищих фармацевтичних (медичних) навчальних закладів.
11. Немає.

12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Котвіцька А.А. (0572679181), Сурікова І.О. (0572679181).

Реєстр. № 319/6/19 1. МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО МОНІТОРИНГУ ЛІКО-ПОВ'ЯЗАНИХ ПОМИЛОК В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ.

2. НДР «Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації», 0114U000954.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. На сьогодні вітчизняною системою фармаконагляду впроваджені документовані форми повідомлень про негативні наслідки використання лікарських засобів (ЛЗ), що передбачені Картками-повідомленнями про побічні реакції ЛЗ, вакцин, туберкуліну, та/або несприятливі подію після імунізації / туберкулінодіагностики, та/або відсутність ефективності ЛЗ. Окрім того в Україні функціонує Автоматизована інформаційна система з фармаконагляду (АІСФ), яка передбачає заповнення карток-повідомлень на офіційній вебсторінці. За допомогою даних форм забезпечується можливість повідомлення про появу побічної реакції, несприятливої події після імунізації чи відсутність ефективності ЛЗ. Але, на жаль, інформація щодо ліко-пов'язаних помилок (Л-ПП), які виникають під час роздрібної реалізації ЛЗ чи на етапі використання ЛЗ пацієнтом, відсутня й не зазначається у документованих формах. Тому з метою забезпечення моніторингу Л-1111 в аптечному закладі нами розроблено Картку-повідомлення про ліко-пов'язану помилку, що виникла під час роздрібної реалізації ЛЗ, та Картку-повідомлення для надання пацієнтом та/або його представником інформації про ліко-пов'язану помилку. Дані документовані форми виступили основою для удосконалення автоматизованої інформаційної системи для моніторингу Л-ПП, яка передбачає повідомлення випадків Л-ПП у 6 етапів: І. Інформація про повідомлення; ІІ. Інформація про пацієнта; ІІІ. Інформація про категорію Л-ПП; ІУ Інформація про наслідки Л-ПП; V Інформація про ЛЗ; УІ. Інформація про репортера.
8. Використання запропонованих методичних підходів дозволить підвищити якість надання фармацевтичної допомоги населенню, сприяти забезпеченню раціонального, безпечного та ефективного використання ЛЗ шляхом залучення фармацевтичних працівників та пацієнтів до моніторингу та попередження Л-ПП в аптечних закладах та під час використання ЛЗ пацієнтом.
9. Фармацевтичні працівники, пацієнти, лікарські засоби, комп'ютерне та програмне забезпечення.
10. Моніторинг Л-ПП дозволяє підвищити якість надання фармацевтичної допомоги населенню, сприяє забезпеченню раціонального, безпечного та ефективного використання ЛЗ й попередити появу нових Л-ПП та потенційних побічних реакцій ЛЗ. Методичні підходи підготовлені вперше та призначені для практичного використання в аптечних закладах, а також можуть бути застосовані у освітньому процесі для студентів, магістрантів, інтернів, аспірантів, докторантів та викладачів закладів вищої фармацевтичної (медичної) освіти.
11. Немає.
12. Немає.

13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Котвіцька А.А. (0572679181), Сурікова І.О. (0572679181).

Реєстр. № 320/6/19 1. СПОСІБ ПІДСИЛЕННЯ ПРОТИБОЛЬОВОЇ АКТИВНОСТІ ПЕРИФЕРИЧНОГО 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 № 129456. МПК А61К 31/00, А61Р 31/00. Спосіб підсилення протибольової активності периферичного генезу мелоксикаму / Сирова Г.О., Лук'янова Л.В., Козуб С.М., Завада О.О., Краснікова Ю.М., Шапошник В.С.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201806045; заявл. 31.05.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Спосіб підсилення протибольової активності периферичного 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 peripheral 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 протибольової активності периферичного 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 аналгетичною дією. Соціальні - покращення якості життя та здоров'я населення. Економічні - скорочення витрат на лікування больових синдромів периферичного генезу.
9. Мелоксикам, кофеїн.
10. Больові синдроми периферичного 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., Козуб С.М. (0989782716), Завада О.О.

Реєстр. № 321/6/19 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 винахід № 119288. МПК А61К 31/5415, А61Р 29/02. 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. - № a201711258; заявл. 17.11.2017; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.

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, який включає додавання кофеїну, який відрізняється тим, що кофеїн додають 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.

ФТИЗІАТРІЯ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Реєстр. № 322/6/19 1. СПОСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ЧУТЛИВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПЕЧІНКИ

2. НДР «Профілактика розвитку побічних реакцій при фармакотерапії туберкульозу та коморбідності ВІЛ/ТБ шляхом аналізу механізмів їх виникнення та наявності супутньої патології», 0117U002354, 2017-2021 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 135854. МПК A61K 31/00, A61P 11/00, A61P 1/16. Спосіб лікування хворих на чутливий туберкульоз легень із супутньою функціональною недостатністю печінки / Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О. - № u201900756; заявл. 24.01.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Одним з головних чинників контролю за епідемічною ситуацією щодо туберкульозу є ефективне лікування хворих, оскільки, крім вилікування конкретного випадку, відбувається розрив епідемічного ланцюжка, що сприяє поліпшенню епідеміологічної ситуації у цілому. Проведення повноцінної хіміотерапії, особливо при використанні стандартних режимів, може обмежуватися розвитком побічних реакцій на протитуберкульозні препарати (ПТП), які виникають переважно у перші тижні інтенсивної фази хіміотерапії. Особливо часто вони розвиваються у разі функціональної недостатності печінки. При невчасній діагностиці супутньої патології у хворих на чутливий туберкульоз дітей і належному програмному лікуванні туберкульозу, у пацієнтів з коморбідністю часто розвивається непереносимість до ПТП і розвиток побічних реакцій, як наслідок, формується неефективне лікування та рецидиви туберкульозу, що узгоджується з результатами інших дослідників. Факторами, які підвищують ризик наявності функціональної недостатності печінки у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, є:

прийом ряду антибіотиків широкого спектру дії; незадовільне харчування; серед хворих на туберкульоз переважають хворі з алкогольною хворобою печінки; різке виснаження організму; імунодефіцит; хворі на занедбані форми туберкульозу в переважній більшості мають кілька інших хронічних захворювань, що обумовлюють поліпрагмазію, що часто закінчується токсичним гепатитом. Виявлені зміни вказують на важливість парентерального шляху введення протитуберкульозних препаратів, оскільки в основі запропонованої нами схеми лежить можливість швидкого створення високих концентрацій медикаментів в легеневій артерії, оминаючи печінку та уникаючи пресистемного метаболізму. На сьогодні відсутні дані оптимізації лікування хворих на чутливий туберкульоз легень із функціональною недостатністю печінки в інтенсивну фазу з використанням таблетованої форми піразинаміду 25 мг/кг (2000 мг) та додатково внутрішньовенно краплинно етамбутол в дозі 15 мг/мл (1200 мг), рифампіцин в дозі 30 мг/мл (600 мг) на 100 мл фізіологічного розчину NaCl та внутрішньовенно ізоніазид в дозі 100 мг/мл (300 мг). У перспективі це дозволило б покращити епідеміологічну ситуацію в цілому, оскільки крім позитивного результату лікування для конкретного випадку, відбувається розрив епідемічного ланцюга та зменшується кількість побічних реакцій з боку печінки.

8. Перевагою запропонованого методу є модифікація шляхів введення протитуберкульозних препаратів у інтенсивну фазу лікування хворих на чутливий туберкульоз легень з функціональною недостатністю печінки з метою підвищення ефективності та переносимості протитуберкульозних препаратів. В основі запропонованої нами схеми лежить можливість швидкого створення високих концентрацій медикаментів в легеневій артерії, оминаючи печінку та уникаючи пресистемного метаболізму. При внутрішньовенному введенні концентрація препаратів значно перевищує бактеріостатичний рівень, який дає прийом препаратів всередину і навіть внутрішньом'язово. Висока, хоча і нетривала, концентрація препаратів у крові сприяє посиленню їх дифузії у вогнища ураження.
9. Загальноклінічні, біохімічні, рентгенологічні, імунологічні, мікробіологічні (визначення мікобактерій туберкульозу методом мікроскопії й засіву на живильні середовища), гістологічні, молекулярно-генетичні.
10. Пацієнти з чутливим туберкульозом легень та супутнім ураженням печінки.
11. Немає.
12. Розвиток побічних реакцій на АМБП. Попередження розвитку побічних реакцій шляхом застосування антигістамінних, дезінтоксикаційних та гепатопротекторних препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, кафедра фтизіатрії та пульмонології.
14. Немає.
15. Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О. (0951933768).

Реєстр. № 323/6/19

1. ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ШЛЯХОМ УДОСКОНАЛЕННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ.
2. НДР «Профілактика розвитку побічних реакцій при фармакотерапії туберкульозу та коморбідності ВІЛ/ТБ шляхом аналізу механізмів їх виникнення та наявності супутньої патології», 0117U002354, 2017-2021 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2++,B.

5. Патент України на корисну модель № 136661. МПК A61K 31/00, A61P 31/06. Спосіб лікування інтоксикаційного синдрому при мультирезистентному туберкульозі легень / Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В. - № u201902788; заявл. 21.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Ведення хворих на туберкульоз (ТБ) та його резистентних форм на стаціонарному етапі лікування є довготривалим та складним процесом. Згідно рекомендацій ВООЗ основним акцентом у лікуванні мультирезистентного ТБ (МРТБ) є призначення антимікобактеріальних препаратів (АМБП), які безпосередньо впливають на збудник. Однак, щоб досягнути швидкого успіху у лікуванні МРТБ слід враховувати клінічну характеристику туберкульозного процесу, який останнім часом, у більшості випадків, характеризується важким перебігом з на тлі маніфестно вираженого інтоксикаційного та бронхолегеневого синдромів, які вливають на перебіг захворювання та на ефективність лікування, а також виникнення побічних реакцій. Так, при прийомі одночасно більше п'яти препаратів кількість побічних реакцій збільшується до 50 %. Проблема побічної дії ліків посилюється й тим, що збільшується число хворих на ТБ з супутньою патологією. Незадовільна переносність АМБП є найпоширенішою причиною перерваного лікування та зниження показника ефективності лікування, що призводить до подальшого поширення медикаментозної резистентності, і внаслідок чого формування важких форм ТБ. При виборі інфузійної терапії патогенетично спрямованої на зменшення проявів інтоксикаційного синдрому (ІС) у хворих на МРТБ частіше керуються вибором препаратів, які дозволяють усунути порушення, що виникають внаслідок патологічних змін, які зумовлені патоморфозом захворювання або змінами, що виникають у динаміці його лікування (поява небажаних ефектів чи/або побічних реакцій). Одним із напрямків корекції та усунення прояві ІС є використання препаратів, які беруть участь у процесах детоксикації, цитопротекції, стабілізації гемодинаміки, відновлення порушень тканинного дихання та можуть стати головною ланкою не тільки патогенетичній терапії, але й профілактики формування побічних реакцій чи небажаний явищ. Відповідно, для усунення ІС у хворих на МРТБ до етіотропного лікуванні додатково призначали дезінтоксикаційну терапію за схемою: «Реосорбілакт» розчин для інфузій по 200 мл вводили через день внутрішньовенно крапельно упродовж 10 днів, «Ксилат» розчин для інфузій по 200 мл через день внутрішньовенно крапельно упродовж 5 днів, з подальшим призначенням «Натрію тіосульфату» 30% розчин по 5 мл розводили у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, вводили внутрішньовенно струйно, 10 днів.
8. Отримані результати показали, що запропонована схема дезінтоксикаційної терапії хворим на МРТБ, векторно спрямована на компенсацію системної запальної реакції, сприяє зниженню показників ендотоксикозу, зокрема, лейкоцитарний індекс інтоксикації модифікований за В.К. Островським та індекс Кребса та корелює з позитивною динамікою ІС. Доведено, що у хворих на МРТБ, яким призначали дезінтоксикаційну терапію, спостерігалася виражена регресія ІС, який був ліквідований у більшості відсотку хворих та у швидкі терміни. Так, зниження ІС констатовано у 92,8 % осіб, а середній термін становив 1,4±0,1 міс. Запропонована дезінтоксикаційна терапія для усунення ІС та попередження розвитку побічних явищ у хворих на МРТБ на фоні основного протитуберкульозного лікування нормалізує клінічні та біохімічні показники крові, сприяє стабілізації гемодинаміки, зменшує ендотоксикоз та регресію симптомів, що характерні для ІС у більш ранні терміни (1,4±0,1 міс.). Множинно-кореляційний аналіз показав, що запропонована дезінтоксикаційна терапія хворим на МРТБ корелює з позитивною динамікою ІС.
9. Клінічні, біохімічні, рентгенологічні, мікробіологічні, імуноферментні, інструментальні, статистичні.

10. Пацієнти з мультирезистентним туберкульозом легень.
11. Немає.
12. Розвиток побічних реакцій на АМБП. Попередження розвитку побічних реакцій шляхом застосування антигістамінних, дезінтоксикаційних та гепатопротекторних препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, кафедра фтизіатрії та пульмонології.
14. Немає.
15. Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В. (0506519109).

Реєстр. № 324/6/19 1. СПОСІБ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ЧУТЛИВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ З НЕСПРИЯТЛИВИМ ПРОГНОЗОМ ЗА АЛЕЛЬНИМ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ ГЛУТАТІОН^-ТРАНСФЕРАЗИ.

2. НДР «Профілактика розвитку побічних реакцій при фармакотерапії туберкульозу та коморбідності ВІЛ/ТБ шляхом аналізу механізмів їх виникнення та наявності супутньої патології», 0117U002354, 2017-2021 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 135855. МПК (2019.01) A61K 31/00, A61P 31/06. Спосіб лікування хворих на чутливий туберкульоз легень з несприятливим прогнозом за алельним поліморфізмом генів глутатіон-Б-трансферази / Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О. - № u201900757; заявл. 24.01.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Численними дослідниками доведено, що у хворих на туберкульоз (ТБ) ланка біотрансформації ксенобіотиків працює зі значним навантаженням, оскільки в організмі внаслідок вираженого катаболізму нагромаджується значна кількість агресивних радикалів ендогенного походження. Суттєвий внесок додають компоненти оксидативного вибуху при включенні імунної системи господаря у відповідь на агресію мікобактерії туберкульозу (МБТ). Комплексна специфічна та тривала антимікобактеріальна терапія (АМБТ) здійснює значний тиск на процеси біотрансформації, у тому числі, і на глутатіон. У такій ситуації наявність нульового генотипу глутатіон-Б-трансферази М1 (GSTM-null) і глутатіон-Б-трансферази Т1 (GSTT-null) генотипів у хворих на ТБ негативно впливає на процеси детоксикації та сприяє нагромадженню в організмі активних метаболітів, які зумовлюють прогресування інтоксикації та алергізацію організму. Очевидно, це зумовлено адаптацією організму до ліків, а також тим, що інфільтративна фаза туберкульозного процесу є стадією алергійного налаштування і сприяє посиленню неспецифічної алергії до АМБП. На сьогодні відсутні дані удосконалення лікування хворих на чутливі форми туберкульозу за допомогою використання таблетованої форми піразинаміду 25 мг/кг (2000 мг) та додатково внутрішньовенно краплинно етамбутол в дозі 15 мг/мл (1200 мг), рифампіцин в дозі 30 мг/мл (600 мг) на 100 мл фізіологічного розчину NaCl та внутрішньовенно ізоніазид в дозі 100 мг/мл (300 мг). У перспективі це дозволило б покращити епідеміологічну ситуацію в цілому, оскільки крім позитивного результату лікування для конкретного випадку, відбувається розрив епідемічного ланцюга та зменшується кількість побічних реакцій на протитуберкульозні препарати (ПТП).
8. Перевагою запропонованого методу є модифікація шляхів введення протитуберкульозних препаратів у інтенсивну фазу лікування хворих на чутливий туберкульоз легень з несприятливим прогнозом за алельним поліморфізмом генів

глутатіон^-трансферази з метою підвищення ефективності та переносимості протитуберкульозних препаратів. Результати дослідження довели, що застосування в ІФ лікування ін'єкційних форм рифампіцину, ізоніазиду та етамбутолу у хворих на чутливий туберкульоз легень з несприятливим поліморфізмом за генами системи детоксикації ксенобіотиків сприяє досягненню значного клінічно-рентгенологічного ефекту, а саме: інтоксикаційний та бронхолегеневий синдроми через 2 місяці ІФ були відсутніми або легко вираженими у пацієнтів які отримували запропоновану нами схему, а розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін та загоєння порожнин розпаду спостерігались на 50 % частіше ($p<0,05$) ніж у хворих які отримували таблетовані ПТП; припинення бактеріовиділення після отримання 60 доз в інтенсивну фазу у хворих які отримували запропоноване лікування відмічалося на 38,8 % вірогідно частіше, що суттєво скорочує терміни перебування хворих у стаціонарі.

9. Загальноклінічні, біохімічні, рентгенологічні, імунологічні, мікробіологічні (визначення мікобактерій туберкульозу методом мікроскопії й засіву на живильні середовища), молекулярно-генетичні.
10. Пацієнти з чутливим туберкульозом легень та делеційним поліморфізмом генів системи детоксикації ксенобіотиків.
11. Немає.
12. Розвиток побічних реакцій на АМБП. Попередження розвитку побічних реакцій шляхом застосування антигістамінних, дезінтоксикаційних та гепатопротекторних препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2, кафедра фтизіатрії та пульмонології.
14. Немає.
15. Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О. (0951933768).

Реєстр. № 325/6/19 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯІНФЕКЦІЙНОГО СИНДРОМУ КАШЛЬОВОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ.

2. Немає.
3. Фізіотерапія, терапія та пульмонологія, отоларингологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 123089. МПК A61K 47/36 (2006.01), A61M 15/00, A61P 11/00. Спосіб комплексного лікування післяінфекційного синдрому кашльової гіперчутливості / Баранова І.В., Катюха В.Л.; заявник і патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. - № u201708382; заявл. 14.08.2017; опубл. 12.02.2018. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Суть запропонованого способу полягає в призначенні небулайзерної терапії 0,1 % розчину гіалуронату натрію із середньою молекулярною масою 30-100 кДа у фізіологічному розчині NaCl («Лорде ізо», Юрія-фарм, Україна). Завдяки запропонованому способу лікування, відбувається утворення мукополісахаридного захисного шару на слизовій оболонці трахеобронхіального тракту, який усуває післяінфекційну набуту «сухість» слизової оболонки та сприяє відновленню функції війок епітеліальних клітин. Перевагою небулайзерної терапії є безпосередня доставка лікарської речовини, нівелювання ефекту (first pass), безболісність, відсутність проти показів та економічна доступність.
8. Недоліком відомих способів комплексної терапії післяінфекційного синдрому кашльової гіперчутливості є те, що загальноприйняті схеми лікування не

враховують стан епітелію слизової оболонки трахеобронхіального дерева. Як наслідок вірусної або бактеріальної інфекції, розвивається недостатність синтезу власної гіалуронової кислоти з подальшим формуванням стану «сухості» слизової оболонки дихальної системи, що призводить до майже постійного подразнення полімодальних ірритативних рецепторів та подальшим розвитком синдрому кашльової гіперчутливості. Тому відновлення стану та мукоциліарного кліренсу слизової оболонки дихального тракту є необхідним патогенетичним кроком в лікуванні післяінфекційного синдрому кашльової гіперчутливості. Спосіб комплексного лікування післяінфекційного синдрому кашльової гіперчутливості, що включає застосування лікарських засобів, відрізняється тим, що хворим призначають небулайзерну терапію 0,1% розчину гіалуронату натрію із середньою молекулярною масою 30-55 100 кДа у фізіологічному розчині NaCl (4 мл на інгаляційне введення протягом 8-9 хвилин в режимі природного дихання 2 рази на день, 12-16 процедур на курс лікування). Завдяки запропонованому способу лікування, відбувається утворення мукополісахаридного захисного шару на слизовій оболонці трахеобронхіального тракту, який усуває післяінфекційну набуту «сухість» слизової оболонки та сприяє відновленню функції війок епітеліальних клітин. Перевагою небулайзерної терапії є безпосередня доставка лікарської речовини, нівелювання ефекту (first pass), безболісність, відсутність проти показів та економічна доступність

9. Лікування проводиться 0,1% розчином гіалуронату натрію із середньою молекулярною масою 30-55 100 кДа у фізіологічному розчині NaCl (4 мл на інгаляційне введення протягом 8-9 хвилин в режимі природного дихання 2 рази на день, 12-16 процедур на курс лікування).
10. Післяінфекційний синдром кашльової гіперчутливості.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи.
14. Немає.
15. Баранова І.В. (0964420243), Катюха В.Л.

Реєстр. № 326/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУ ПРОГРЕСУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПАЛІАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ.

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 № 133282. МПК G01N 33/53 (2006.01). Спосіб прогнозу прогресування хіміорезистентного туберкульозу легень у хворих, які знаходяться на паліативному лікуванні / Разнатовська О.М., Худяков Г.В.; заявник і патентовласник ЗДМУ! - № u201811260 ; заявл. 16.11.2018 ; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозу прогресування хіміорезистентного туберкульозу легень у хворих, які знаходяться на паліативному лікуванні, шляхом імунологічного дослідження сироватки крові, який відрізняється тим, що у сироватці крові досліджують рівень TNF-a та додатково проводять розрахунок індексу маси тіла (ІМТ) та оцінку якості

життя (ЯЖ), і якщо рівень TNF-a у сироватці крові складає >180 пкг/мл, ІМТ <18,1 кг/м2 і показник ЯЖ <50 ум. од., то прогнозують прогресування захворювання.

8. Забезпечується своєчасна і рання патогенетична корекція виявлених порушень, уповільнення процесу розвитку кахексії та серцевої недостатності, підвищення якості та подовження тривалості життя паліативного хворого на хіміорезистентниий туберкульоз легень за рахунок попередження та полегшення страждань пацієнта.
9. Імунологічне дослідження крові, опитувальник MOS SF-36, калькулятор New BMI (New Body Mass Index).
10. Хіміорезистентний туберкульоз легень, паліативне лікування.
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), Худяков Г.В..

Реєстр. № 327/6/19

1. СПОСІБ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ.
2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики, прогнозування та лікування хронічної серцевої недостатності у хворих з синдромом обструктивного апное сну та ожирінням», 0116U005636.
3. Внутрішні хвороби.
4. 2++,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 131670. МПК (2018.01) A61B 5/00, G01N 33/50. Спосіб скринінгової діагностики синдрому обструктивного апное сну / Токаренко О.І., Андреєва Я.О.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201808037; заявл. 19.07.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу скринінгової діагностики синдрому обструктивного апное сну шляхом проведення додаткового інструментального та лабораторного дослідження, а саме, обчислення індексу маси тіла, визначення С-реактивного білку, проведення добового моніторування ЕКГ з оцінкою варіабельності серцевого ритму, та бальною оцінкою кожного показника окремо з визначення загальної суми балів, що забезпечить покращення діагностики синдрому обструктивного апное сну, особливо у хворих з ожирінням і серцево- судинною патологією та дозволить своєчасно призначити адекватну патогенетичну терапію в необхідному обсязі. Поставлена задача вирішується тим, що визначають індекс маси тіла, рівень С-реактивного білка, показники варіабельності серцевого ритму протягом доби, а саме оцінюють SDNN, LF, RMSSD, враховують стать пацієнта і при перевищенні порогового значення таких показників, як індекс маси тіла більше 28 кг/м, SDNNnight більше 34 мс, LFnight більше 422 мс, рівень С- реактивного білка більше 6 МЕ/л, при значенні RMSSDnight менше 25 мс та за чоловічу стать нараховують по 1 балу, потім сумують отримані бали і при значенні 3 бали та більше діагностують високу вірогідність синдрому обструктивного апное сну.
8. Клінічна ефективність: дозволяє швидко та з достатньою чутливістю і специфічністю оцінити ризик наявності синдрому обструктивного апное сну, що дозволяє покращити діагностику, своєчасно призначити адекватне патогенетичне лікування в необхідному обсязі та попередити розвиток ускладнень синдрому

обструктивного апное сну. Соціальна ефективність: застосування запропонованого способу в клінічній практиці позитивно вплине на якість життя та довгостроковий прогноз хворих, а також дозволить попередити розвиток ускладнень, зокрема формування серцевої недостатності, неконтрольованої артеріальної гіпертензії, ішемічної хровоби серця. Економічна ефективність: зниження рівня захворюваності, інвалідізації та смертності від серцево-судинних захворювань.

9. Система добового моніторування ЕКГ з аналізом варіабельності серцевого ритму.
10. Підозра на наявність синдрому обструктивного апное сну.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», кафедра внутрішніх хвороб, загальної практики-сімейної медицини, профпатології та медичної реабілітації. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Токаренко О.І., Андреєва Я.О. (0950650330).

Реєстр. № 328/6/19 1. СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ.

2. НДР «Розробити заходи щодо профілактики рецидиву мультирезистентного туберкульозу», 0117U001018.
3. Клінічна біохімія. Клінічна лабораторна діагностика. Фтизіатрія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Ускладнення мультирезистентного туберкульозу легень (МРТБ) ексудативним плевритом призводить до значних порушень обміну активності металоферментів в організмі хворих, що в свою чергу викликає порушення окисно-відновних процесів, погіршення тканинного дихання і накопичення недоокислених продуктів обміну. Поширені дисеміновані та деструктивні процеси у легенях сприяють більш важкому клінічному перебігу, супроводжуються вираженими ознаками інтоксикації з розвитком синдрому системної ендогенної запальної реакції з бактеріємією та наявністю у даних пацієнтів глибокого вторинного імунодефіцитного стану. Застосування хіміотерапії (ХТ) вносить свої суттєві зміни в перебіг метаболічних процесів, в ряді випадків створюючи умови, що погіршують толерантність організму до хіміопрепаратів. Значний відсоток розвитку різноманітних побічних реакцій та висока частка пацієнтів на МРТБ легень ускладнений ексудативним плевритом з перерваним лікуванням пов'язуються із довготривалим призначенням протитуберкульозного лікування (тривалість інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ) з призначенням не менше 5-6 препаратів - 8 місяців). Встановлено, що ускладнення МРТБ легень ексудативним плевритом супроводжується ендотоксемією, пов'язаною з підвищеним катаболізмом і/або блокадою детоксикаційних систем організму. Субстратом, відповідальним за виникнення патологічних ефектів ендогенної інтоксикації (ЕІ) є білкові токсичні середньомолекулярні пептиди - молекули середньої і малої маси (МСМ), які утворюються в процесі протеолізу в ушкоджених тканинах, а також у самій плазмі при виході в кров протеолітичних ферментів. Порушення функціонування протеазної і антипротеазної систем, з перевагою активації систем протеолізу призводить до накопичення великої кількості МСМ, які визначають особливості клінічного перебігу процесу та ефективність лікування

хворих. Своєчасне виявлення біохімічних порушень у хворих на МРТБ створює теоретичну базу для цілеспрямованого використання засобів патогенетичної дії, здатних забезпечити сприятливий фон для реалізації ефекту специфічної ХТ, запобігання прогресуванню захворювання, рецидиву процесу. Коливання рівня активності аденозиндезамінази (АДА) співвідносяться з важкістю стану хворого і клініко-рентгенологічною динамікою: до початку лікування виявлено його
підвищення в середньому в два рази у 92,0 % хворих на деструктивний туберкульоз легень. До лікування найбільш високі значення АДА понад 30,2±1,66 од./л відповідають важкому стану хворих з масивним виділенням МБТ і поширеністю деструктивних змін в легеневій тканині, високими показниками ЕІ за вмістом МСМ - 0,44±0,01. Застосування озоно-лазеротерапії в комплексній ХТ у 18 хворих на МРТБ легень ускладнений ексудативним плевритом сприяло вірогідному (p<0,001) зниженню рівня МСМ в порівнянні з такими ж хворими (18 пацієнтів - контрольна група) лікованими лише за стандартними режимами ХТ відповідно до чутливості збудника на 47,8±2,21% та 23,9±1,44% від початкових величин (з 0,44±0,01 ум. од. до 0,23±0,005 ум. од., P<0,01 в основній, з 0,42±0,005 ум. од. до 0,32±0,003 ум. од., P<0,05 в контрольній групах). Долучення до режимів хіміотерапії озоно-лазеротерапії сприяло більш інтенсивному зниженню рівня АДА, ніж при застосуванні однієї ХТ: на 51,8±2,75 % і 39,6±1,44 % (p < 0,01). Запропоновані біохімічні критерії обґрунтовують доцільність проведення корекції лікування при несприятливому прогнозі ХТ із застосуванням методів озоно-лазеротерапії, направлених на усунення ЕІ, відновлення реактивності організму, підвищення толерантності до протитуберкульозних препаратів і, відповідно, підвищення ефективності режимів ХТ в ІФ лікування хворих на стаціонарному етапі. Визначення запропонованих біохімічних показників не вимагає додаткових витрат на облаштування лабораторій, придбання дорогих реактивів, просте при впровадженні в практику.

8. Переваги наведеного способу полягають в його високій чутливості та інформативності, так як дозволяють об’єктивно оцінити клінічний стан хворого на МРТБ легень ускладнений ексудативним плевритом, науково обґрунтувати оптимальні моделі застосування індивідуальної мультидисциплінарної пацієнт- орієнтованої корекції ведення випадку, що сприятиме більш інтенсивному відновленню реактивності організму, підвищенню результативності стаціонарного лікування і запобігатиме розвитку рецидиву. При включенні в комплексне лікування пацієнтів з плевральним випотом лазерного опромінення та озонотерапії знижується рівень АДА, ЕІ, відзначається скорочення швидкості накопичення рідини і термінів лікування захворювання, збільшується проміжок між плевральними пункціями, знижується медикаментозне навантаження і підвищується ефективність медикаментозної терапії, що свідчить про підвищення якості життя. Медична: кількісне визначення високоінформативних біохімічних показників, що відображають ступінь декомпенсації регуляторних систем, рівня ендогенної інтоксикації внаслідок чого досягається підвищення точності прогнозування, дозволяє вчасно провести корекцію виявлених порушень, запобігти подальшому прогресуванню та поширенню запальних реакцій, зменшити ступінь їх прояву і тим самим підвищити ефективність лікування. Соціальна: своєчасна цілеспрямована пацієнт-орієнтована корекція ведення випадку дозволяє скоротити терміни стаціонарного етапу лікування, зменшити частоту розвитку рецидивів туберкульозу Економічна: прямий прогнозований економічний ефект при застосуванні пропозиції при лікуванні хворих на МРТБ ускладнений ексудативним плевритом легень формується за рахунок своєчасності виявлення порушень зі сторони регуляторних систем організму, прогнозу ефективності лікування, що дає змогу провести цілеспрямовані заходи, які допоможуть підвищити ефективність інтенсивної

антимікобактеріальної терапії у хворих на МРТБ легень ускладнений ексудативним плевритом, запобігти подальшому прогресуванню захворювання.

9. Лікарі-фтизіатри, лікарі-лаборанти з клінічної біохімії; апарат для озонування крові та розчинів, гелій-неоновий лазер з магістральними світловодами для внутрішньовенного лазерного опромінення крові.
10. Хворі на деструктивні форми туберкульозу легень з мультирезистентністю збудника, які вимагають диференційованого вибору стратегії лікування та визначення оптимальних алгоритмів консервативної та дезінтоксикаційної терапії.
11. Немає.
12. Немає при умові дотримання рекомендацій.
13. Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.
14. Немає.
15. Мажак К.Д. (0679311954), Ткач О.А., Писаренко Є.І., Лаповець Н.Є.

Реєстр. № 329/6/19 1. АЛГОРИТМ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ.

2. НДР «Розробити заходи щодо профілактики рецидиву мультирезистентного туберкульозу», 0117U001018.
3. Фтизіатрія. Сімейна медицина-загальна практика. Клінічна лабораторна діагностика.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Зростання числа хворих з хіміорезистентністю збудника, ускладненим і прогресуючим перебігом туберкульозного процесу обумовлюють пошук нових ефективних методів об’єктивізації тяжкості стану хворого, а також можливість оцінювати результативність лікування на етапах ведення випадку та обґрунтовувати доцільність проведення пацієнт-орієнтованої індивідуальної корекції етіопатогенетичного лікування даної категорії хворих. Тому розробка більш точних методів діагностики захворювання, оцінки тяжкості специфічного процесу, аналіз ефективності застосованої хіміотерапії і прогнозування її результатів з метою вчасного використання більш дійових способів як специфічної, так і патогенетичної терапії є надзвичайно актуальним. Для об’єктивної оцінки ефективності лікування і контролю за його проведенням у хворих на туберкульоз легень потрібні конкретні й точні критерії визначення тяжкості захворювання. Це дає реальну можливість не тільки спостерігати за динамікою процесу, але й своєчасно проводити корекцію етіопатогенетичної та симптоматичної терапії на етапах ведення хворого. З цією метою розроблено систему бальної оцінки показників стану вираженості специфічного процесу та тяжкості перебігу хвороби, з врахуванням анкетних, анамнестичних, клінічних, рентгенологічних та лабораторних даних: стать (1), вік (2), давність захворювання (3), соціальний стан (4), маса тіла (5), температура (6), слабкість (7) - І група, артеріальний тиск (8), пульс (9), пітливість (10), кашель (11), задуха (12), перкуторний звук (13), дихання (14), хрипи, шуми (15) - П група, рентгенологічна картина (16), бактеріовиділення (17), швидкість осідання еритроцитів (18), кількість гемоглобіну (19), лейкоцитів (20), лімфоцитів (21) та паличкоядерних нейтрофілів (22) - Ш група. Оцінка цих показників проводилась за чотирибальною системою: із збільшенням вираженості симптомів - числове значення балів зростає: відсутність симптому - 0 балів, слабко виражений - 1, помірно виражений - 2 і різко виражений - 3. Наведені показники за своєю

вагомістю не рівнозначні, тому їх розділено на три групи. До I групи (порядкові номери № 1 -7) занесено анкетні, анамнестичні та загальні симптоми, характерні для інфекційного запального процесу, доII (№ 8-15) - основні клінічні ознаки, переважно обумовлені пошкодженням бронхо-легеневої та серцево-судинної систем, до III (№ 16-22) - конкретні рентгенологічні, бактеріологічні і лабораторні показники, що відображають поширеність, активність та гостроту запального процесу. Комплексне оцінювання показників в балах дає можливість визначити показник ступеня тяжкості (ПВ) перебігу хвороби. Запропонований алгоритм визначення ступеня тяжкості перебігу туберкульозу легень на етапах ведення випадку не вимагає додаткових витрат на облаштування лабораторій, придбання дорогих реактивів, простий при впровадженні в практику.

8. Запропонований алгоритм визначення ступеня тяжкості специфічного процесу в легенях дозволяє не тільки більш точно визначити стан хворого при зверненні на основі комплексного бактеріологічного, клініко-рентгенологічного, лабораторного обстеження, анамнестичних даних, але й дає можливість суб'єктивно оцінювати результати хіміотерапії, об'єктивізувати контроль за її ефективністю і своєчасно проводити пацієнт-орієнтовану корекцію ведення хворих як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапах. Переваги запропонованого алгоритму оцінки ступеня тяжкості специфічного процесу в легенях полягають в його простоті, доступності, високій чутливості та інформативності, так як не застосовуючи додаткового високовартісного обладнання дозволяють об'єктивно оцінити клінічний стан хворого на різних етапах перебігу захворювання і своєчасно організувати дії для стабілізації загального стану хворого, кращої переносимості антибактеріальних препаратів, що в результаті дає можливість мінімізувати токсичну дію АМБП та попередити розвиток рецидиву.
9. Лікарі-фтизіатри, лікарі з клінічної лабораторної діагностики; засоби для клінічних, гематологічних, рентгенологічних, мікробіологічних, інструментальних методів дослідження.
10. Хворі на деструктивні форми туберкульозу легень з мультирезистентністю збудника, які вимагають диференційованого вибору стратегії лікування та визначення оптимальних алгоритмів консервативної та дезінтоксикаційної терапії.
11. Немає.
12. Немає при умові дотримання рекомендацій.
13. Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.
14. Немає.
15. Ткач О.А. (0967706306), Мажак К.Д., Лаповець Н.Є., Писаренко Є.І.

Реєстр. № 330/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ.

2. НДР «Оптимізувати етіологічну діагностику та лікування хворих на гострі негоспітальні інфекції нижніх дихальних шляхів», 0117U004170, 2017-2019 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 131595. МПК A61K 31/00, A61P 3/00. Спосіб лікування хворих на негоспітальну пневмонію середньотяжкого перебігу / Дзюблик О.Я., Гуменюк М.І., Недлінська Н.М., Капітан Г.Б., Ячник В.А., Сухін Р.Є., Денисова О.В., Дяченко В.В.. - № u201807329; заявл. 02.07.2018 ; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.

7. Суть нововведення, що пропонується для впровадження, полягає у поєднанні емпіричної антибактеріальної (цефтриаксон у дозі 1,0 г двічі на добу внутрішньовенно терміном 7 діб в комбінації з пероральною формою азитроміцину у дозі 500 мг 1 раз на добу протягом 3 діб) та муколітичної терапії (амброксолу гідрохлорид у дозі 75 мг 1 раз на добу внутрішньо терміном 7 діб) з додатковим щоденним внутрішньовенним введенням амінокислотного препарату, який містить аргініна гідрохлорид і левокарнітин, дозою 100 мг на добу до подолання функціональної недостатності антиоксидантного захисту організму.
8. Застосування способу лікування дозволяє зменшити вираженість системної активації вільнорадикальних процесів в організмі, індукції оксидаційного стресу та процесу перекисного окислення ліпідів, покращити стан антиоксидантного захисту організму з 26,0 до 65,0 %, в результаті чого підвищується ефективність лікування хворих - скорочується термін інтоксикаційного синдрому в середньому на 2 дні та термін лікування в середньому на 3,8 дня.
9. Цефтриаксон, азитроміцин, амброксола гідрохлорид, аргініна гідрохлорид, левокарнітин.
10. Хворі з негоспітальною пневмонією середньотяжкого перебігу.
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. Дзюблик О.Я., Гуменюк М.І., Недлінська Н.М., Капітан Г.Б., Ячник В.А., Сухін Р.Є., Денисова О.В., Дяченко В.В. (0442753561).

Реєстр. № 331/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

2. НДР «Вивчити особливості проявів ендотеліальної дисфункції у хворих з хронічною бронхообструкцією та можливості її корекції в процесі відновлювального лікування», 0117U000871.
3. Пульмонологія. Лабораторна діагностика. Терапія. Сімейна медицина - загальна практика.
4. 2+,С.
5. Підготовлено заявку на корисну модель «Спосіб оцінки ендотеліальної дисфункції».
6. Немає.
7. Ендотеліальна дисфункція (ЕД) - це універсальний патогенетичний механізм, який лежить в основі розвитку серцево-судинних захворювань, але може мати місце і при інших нозологічних формах, зокрема при патології бронхо-легеневої системи, та характеризує вторинні ураження судин з розвитком коморбідної патології. Однією з важливих властивостей клітин імунної системи є їх здатність до міграції з русла крові через ендотелій у тканини, що дозволяє їм здійснювати основну функцію імунного нагляду. Ця здатність реалізується за допомогою спеціальних молекул міжклітинної адгезії (ICAM - intracellular adhesion molecules), які одержали свою назву завдяки здатності сприяти прикріпленню (адгезії) однієї клітини до іншої під час виконання ними своїх функцій. Зокрема, вони забезпечують прикріплення клітин імунної системи до активованого судинного ендотелію з подальшою їх екстравазацією і міграцією у вогнище запалення. Тому, ICAM, зокрема, ICAM-1 (CБ54) служать важливим маркером і медіатором процесу запалення, дозволяючи активованим лімфоцитам розпізнавати відповідні ділянки поверхні ендотеліальних клітин. Окрім того, вони забезпечують адгезію нейтрофілів, моноцитів і лімфоцитів, сприяють контактним взаємодіям клітин в імунних реакціях. Тобто вони беруть

безпосередню участь у запальному процесі і водночас характеризують розвиток ЕД. Підвищення експресії цих молекул, яке індукується системним порушенням функції судинного ендотелію, свідчить як про активацію лімфоцитів внаслідок їх участі в хронічному запальному процесі, так і про наявність ЕД. Для більш чіткої характеристики патогенетичного взаємозв'язку між активністю імунного запалення, яке опосередкується через Т-лімфоцити, та розвитком ЕД, рекомендується визначення коефіцієнту ЕД (КЕД) як співвідношення між експресією СБ54+ на лімфоцитах (відображає експресію ICAM-1) та кількістю загальних Т-лімфоцитів периферичної крові (СБ3+-лімфоцити), які переважно експресують на собі молекули міжклітинної адгезії. Розрахунок коефіцієнту ЕД (Кед) здійснюється наступним чином:

- визначається вміст СБ3+-лімфоцитів периферичної крові за допомогою використання набору моноклональних антитіл;
- визначається рівень експресії лімфоцитами периферичної крові маркеру СБ54+ за допомогою моноклональних антитіл;
- коефіцієнт обчислюється за формулою КЕД=СБ54+/СБ3+,
- де СБ54+ - відсоток активованих Т-лімфоцитів, які експресують ICAM-1; СБ3+ - відсоток загальних Т-лімфоцитів.

Слід зазначити, що величина коефіцієнту КЕД у практично здорових осіб складає 0,28±0,01, а зростання КЕД понад 0,29 слід розглядати як ознаку наявності ЕД зі значимим залученням імунних механізмів у розвиток ЕД, що потребує відповідної корекції лікувального процесу. В цілому, визначення коефіцієнту співвідношення між відсотком активованих лімфоцитів, спрямованих на те, щоб покинути русло крові через ушкоджений ендотелій, та загальною кількістю найбільш зрілих і функціонально спроможних Т-лімфоцитів (СБ3+-лімфоцитів) дає змогу уточнити вираженість ЕД, пов'язаної із залученням імунних механізмів її розвитку Окрім того, виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем даного співвідношення (СБ54+/СБ3+) та показником «віку судин», розрахованим за Фремінгемськими критеріями (r=+0,777496), причому як у хворих з високим кардіоваскулярним ризиком (r=+0,59), так і помірним ризиком серцево-судинних захворювань (r=+0,95), що також підтверджує можливість застосування даного співвідношення для опосередкованого підтвердження наявності та вираженості ЕД.

8. Розрахунок даного співвідношення дає можливість без застосування дороговартісних реактивів визначити наявність і вираженість ЕД, зумовленої порушенням балансу між активованою фракцією лімфоцитів, які експресують молекули міжклітинної адгезії та циркулюючими у периферичній крові функціонально зрілими Т-лімфоцитами. Зростання цього співвідношення може вказувати як на системне ушкодження ендотелію, так і прогресування системного запального процесу, що потребує внесення коректив у програму ведення таких хворих. Це дозволяє оптимізувати лікування, спрямоване на попередження прогресування патологічного процесу, зокрема формування хронічного легеневого серця та коморбідної патології серцево-судинної системи у хворих з бронхо- легеневими захворюваннями.
9. Реактиви та лабораторне обладнання для визначення вмісту СБ3+-лімфоцитівта СБ54+-лімфоцитів.
10. Діагностика і моніторинг проявів ЕД.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко О.І., Вантюх Н.В. (0312637462).

Реєстр. № 332/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ З ДЕСТРУКЦІЄЮ ТА БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯМ.
2. НДР «Прогнозування перебігу хіміорезистентного туберкульозу легенів шляхом вивчення ефективності різних схем хіміотерапії», 0116U004974, 2016-2018 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 130466. МПК G01N 33/48. Спосіб діагностики несприятливого перебігу мультирезистентного туберкульозу легенів з деструкцією та бактеріовиділенням / Шевченко О.С., Овчаренко І.А., Матвєєва С.Л.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201806187; заявл. 04.06.2018; опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Спосіб діагностики несприятливого перебігу туберкульозу легенів, при якому проводять дослідження показників крові, який відрізняється тим, що для діагностики несприятливого перебігу мультирезистентного туберкульозу легенів з деструкцією легеневої тканини та бактеріовиділення на початку лікування визначають рівень оксипролін вільного в сироватці крові і при його значенні вище за 0,8 мг/л діагностують несприятливий перебіг захворювання. The method of adverse events for pulmonary tuberculosis, in which blood tests are carried out, which is distinguished by the fact that at the beginning of treatment, the level of free oxyproline in serum and when its value is above 0.8 is determined to diagnose an adverse course of multidrug-resistant pulmonary tuberculosis with destruction of lung tissue. mg / l diagnose an adverse course of the disease.
7. Для діагностики несприятливого перебігу мультирезистентного туберкульозу легенів з деструкцією легеневої тканини та бактеріовиділення на початку лікування визначають рівень оксипролін вільного в сироватці крові і при його значенні вище за 0,8 мг/л діагностують несприятливий перебіг захворювання.
8. Медичні - встановлення ризику несприятливого перебігу мультирезистентного туберкульозу легенів та можливість своєчасної корекції лікування. Соціальні - покращення якості життя у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на мультирезистентний туберкульоз легень за рахунок зниження загальної кількості доз антимікобактеріальних препаратів на курс лікування.
9. Фотоелектроколориметр КФК-2, набор реактивів для визначення рівня оксипролін вільного, лікар-лаборант.
10. Мультирезистентний туберкульоз легень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Шевченко О.С., Матвєєва С.Л., Овчаренко І.А.(0673247149).

Реєстр. № 333/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.

2. НДР «Прогнозування перебігу хіміорезистентного туберкульозу легенів шляхом вивчення ефективності різних схем хіміотерапії», 0116U004974, 2016-2018 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 131150. МПК G01N 33/48. Спосіб прогнозування перебігу мультирезистентного туберкульозу легень / Овчаренко І.А., Шевченко О.С., Швець О.М.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201806539; заявл. 11.06.2018; опубл. 10.01.2019. Бюл. № 1.
6. Спосіб прогнозування перебігу мультирезистентного туберкульозу легень включає вимірювання рівнів еритроцитів, паличкоядерних нейтрофілів та моноцитів і прогнозування перебігу мультирезистентного туберкульозу легень шляхом співставлення X та Y. The method for predicting multidrug-resistant pulmonary tuberculosis involves measuring erythrocyte levels, stab neutrophils and monocytes and predicting the course of multidrug-resistant pulmonary tuberculosis by comparing X and Y.
7. Спосіб прогнозування перебігу мультирезистентного туберкульозу легень, який відрізняється тим, що включає дослідження показників крові, вимірювання рівня еритроцитів, паличкоядерних нейтрофілів та моноцитів і прогнозують перебіг мультирезистентного туберкульозу легень шляхом співставлення X та Y, яке розраховують за формулами X=Ex45,863+Пх(-2,926)+Мх(-6,213)+(-84,517), а Y= E*34,63+Пх(-1,9)+Мх(-3,953)+(-51,89), де: Е - рівень еритроцитів (абс^{x}1012); П -
рівень паличкоядерних нейтрофілів (%); М - рівень моноцитів (%); С- класифіковані коефіцієнти: 45, 863, (-2,926),(-6,213), 34,63, (-1,9), *(-3,953) К - константи: (-84,517), (-51,89); і при X>Y - прогнозують сприятливий прогноз перебігу, при Y>X - несприятливий прогноз перебігу.
8. Медичні - можливість своєчасної корекції лікування. Соціальні - покращення якості життя у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на мультирезистентний туберкульоз легень за рахунок зниження загальної кількості доз антимікобактеріальних препаратів на курс лікування.
9. Оптичний мікроскоп, набор реактивів для фарбування мазку крові, лікар-лаборант.
10. Мультирезистентний туберкульоз легень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Шевченко О.С., Овчаренко І.А. (0673247149), Швець О.М.

ХІРУРГІЯ. ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ.
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ

Реєстр. № 334/6/19 1.
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ
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, 20162021 рр.
3. Хірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 117630. МПК . A61M 31/00, A61K 31/00, A61P 1/00 Спосіб лікування гострого перитоніту / Полянський І.Ю., Мороз П.В.,

Москалюк В.І., Андрієць В.В. - № u201701748; заявл. 23.02.2017, опубл. 26.06.2017. Бюл. № 12.

6. Немає.
7. Комплексне лікування хворих на гострий перитоніт включає антицитокінову терапію, направлену на видалення чи блокування дії ендогенних цитокінів з використанням специфічних інгібіторів. Проводиться вона шляхом комбінованого введення антицитокінових препаратів (наприклад, пентоксифілін): внутрішньовенного чи підшкірного та місцевого, шляхом локального підведення розчину цього препарату до зони ураження очеревини. Для цього під час оперативного втручання, після ретельної санації очеревинної порожнини зона ураження очеревини орошається розчином вибраного препарату і до цієї зони підводяться дренажі з боковими отворами. Кількість дренажів і їх розміщення повинно забезпечити у післяопераційному періоді орошення зони ураження очеревини розчином препарату, введеному через виведений за межі черевної стінки дренаж. Таке локальне підведення препарату до ураженої ділянки очеревини через дренажі проводиться через 8-12 год, створюючи постійну концентрацію препарату у цій зоні. Тривалість локального підведення препарату залежить від динаміки клінічних та лабораторних проявів вираженості запалення і не перевищує 4 -6 діб, після чого дренажі видаляються.
8. Підвищення ефективності комплексного лікування хірургічних хворих з гострим перитонітом, 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 прогресування перебігу гострого перитоніту, зменшення післяопераційної летальності. Соціальна ефективність: покращення якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти післяопераційних ускладнень. Економічна ефективність:скорочення фінансових витр стаціонарного лікування хворого).
9. Розчин пентоксифіліну (20 мг/мл - 5,0 мл), поліпропіленова трубка (дренаж), що встановлюється у відлогих місцях очеревинної порожнини.
10. Різні форми гострого перитоніту.
11. Індивідуальна непереносимість медичного препарату.
12. Для більш ефективного локального впливу медичного препарату після ретельної санації очеревинної порожнини зона ураження очеревини орошається розчином вибраного препарату і до цієї зони підводяться дренажі з боковими отворами.
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), Мороз П.В. (0509369245), Москалюк В.І. (0501061494), Андрієць В.В. (0505930622).

Реєстр. № 335/6/19

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧІ ІЗ ПАНКРЕАТОЄЮНОАНАСТО- МОЗУ.

2. НДР «Обґрунтування застосування методів ендовідеохірургічних та міні-інвазивних втручань у лікуванні захворювань та травм судин, органів черевної порожнини та грудної клітки на тлі важкої супутньої патології та вагітності», 011U001529, 20162020 рр.
3. Хірургія.
4. 2-,С.
5. Патент України на корисну модель № 133883. МПК A61B 1/00, A61B 17/00. Спосіб діагностики кровотечі із панкреатоєюноанастомозу / Кутовий О.Б., Балик Д.В., Мартемянов В.В., Денисова К.О.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ». - № u201811390; заявл. 19.11.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб, який заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для діагностики кровотеч із культі підшлункової залози, яка формує панкреатоєюноанастомоз, після виконання панкреатодуоденальної резекції у ранньому післяопераційному періоді. В основу даної корисної моделі поставлена задача діагностики кровотечі із панкреатоєюноанастомозу в ранньому післяопераційному періоді після виконання панкреатодуоденальної резекції шляхом ревізії органів черевної порожнин, що забезпечить зменшення часу на діагностичний пошук, вчасно надати допомогу та врятувати життя пацієнта. Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики кровотечі із панкреатоєюноанастомозу, що включає виявлення у хворого клінічних ознак відновлення шлунково-кишкової кровотечі та виконання повторного фіброгастродуоденоскопіческого дослідження, відповідно до корисної моделі, додатково виконують ревізію органів черевної порожнини, гастротомію, виявляють продовгуваті згортки крові, що мають форму відповідну просвіту кишки, виконують евакуацію та ревізію просвіту шлунку. Наявність продовгуватих по формі згортків крові свідчить про кровотечу із культі підшлункової залози, що формує панкреатоєюноанастомоз, що в свою чергу виключає сумніви стосовно джерела гастродуоденальної кровотечі, та дає змогу вчасно здійснити її зупинку, зменшуючи час на діагностичний пошук. Знаходження в просвіті шлунку продовгуватих згустків крові, свідчить пронаявність кровотечі із панкреатоєюноанастомозу, який знаходиться вище на одній петлі кишки, що і анастомоз зі шлунком. Таким чином згортки крові в просвіті кишки приймають її форму і за перистальтичною хвилею потрапляють до шлунку через гастроентероанастомоз, що викликає клініку внутрішньочеревної кровотечі.
8. Запропонований спосіб дозволяє з максимальною точністю виявити джерело кровотечі та зекономити час на його пошук та зупинку. Економія часу на пошук джерела кровотечі та її зупинку дає смогу вчасно надати допомогу та врятувати життя пацієнта.
9. Умови хірургічного стаціонару з операційною, що обладнана устаткуванням для проведення хірургічних втручань; операційна бригада, що складається з трьох лікарів, двох медичних сестер, однієї молодшої медичної сестри; витратні матеріали для проведення хірургічного втручання.
10. Ознаки кровотечі із панкреатоєюноанастомозу в ранньому післяопераційному періоді після виконання панкреатодуоденальної резекції.
11. Тяжкий загальний стан хворого, що не дозволяє проведенню хірургічного втручання.
12. Неспроможність анастомозу, перитоніт, повторна кровотеча із зони анастомозу. Лапаротомія з ліквідацією неспроможності, усунення причини кровотечі.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 40944, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9.

14. Немає.
15. Кутовий О.Б., Мартемянов В.В., Балик Д.В., Денисова К.О. (0679210339).

Реєстр. № 336/6/19 1. СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ПАНКРЕАТОЄЮНОАНАСТОМОЗУ.

2. НДР «Обгрунтування застосування методів ендовідеохірургічних та міні-інвазивних втручань у лікуванні захворювань та травм судин, органів черевної порожнини та грудної клітки на тлі важкої супутньої патології та вагітності», 011U001529, 20162020 рр.
3. Хірургія.
4. 2-,С.
5. Патент України на корисну модель № 132705. МПК A61B 17/11. Спосіб формування панкреатоєюноанастомозу / Кутовий О.Б., Денисова К.О., Балик Д.В.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ». - № u201809090; заявл. 03.09.2018; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб, який заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для радикального лікування хворих на новоутворення голівки підшлункової залози, а саме під час накладання панкреатоєюноанастомозу. В основу даної корисної моделі поставлено задачу вдосконалити спосіб формування панкреатоєюноанастомоза за рахунок створення умов, при яких при формуванні анастомозу дотикаються однорідні тканини, що володіють високою адгезивною активністю, що дозволить значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень. Поставлена задача вирішується тим, в способі формування панкреатоєюноанастомозу, що включає інвагінацію культі підшлункової залози в просвіт тонкої кишки з наступною фіксацією крайовими вузловими швами, відповідно до корисної моделі, додатково на відвідному кінці тонкої кишки формують «муфту» шляхом інвагінації краю стінки тонкої кишки в її середину на глибину 1,5-2 см і зшивання окремими швами, накладаючи 5-7 парних лігатур рівномірно по окружності кишки з виколом кожної пари лігатури через всю товщу кишки зсередини назовні на відстані 3-4 см від краю сформованої «муфти», розсікають серозно-м'язовий шар краю «муфти» в поперечному напрямку насічками в кількості від 2 до 4 в залежності від відповідності діаметрам «муфти» та культі підшлункової залози з наступним ушиванням в поздовжньому напрямку, та інвагінують куксу підшлункової залози в просвіт тонкої кишки на глибину «муфти» так, що «муфта» облягає куксу підшлункової залози.
8. Запропонований спосіб дозволяє формувати панкреатоєюноанастомоз при розбіжності діаметрів культі підшлункової залози та відвідного кінця тонкої кишки, на якому формується «муфта», виконана з тонкої кишки, та дозволяє зберегти усі переваги цього анастомозу.
9. Умови хірургічного стаціонару з операційною, що обладнана устаткуванням для проведення хірургічних втручань; операційна бригада, що складається з трьох лікарів, двох медичних сестер, однієї молодшої медичної сестри; витратні матеріали для проведення хірургічного втручання.
10. Пухлини голівки підшлункової залози.
11. Супутні захворювання та загальний стан хворого, що не дозволяє проведенню хірургічного втручання.
12. Неспроможність анастомозів, перфорація порожнистих органів черевної порожнини, внутрішньочеревна кровотеча. Лапаротомія з ліквідацією неспроможності, перфорації, усунення причини кровотечі.

13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 40944, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9.
14. Немає.
15. Кутовий О.Б., Денисова К.О., Балик Д.В. (0679210339).

Реєстр. № 337/6/19 1. СПОСІБ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ГРИЖІ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ВЛАСНИМИ ТКАНИНАМИ.

2. НДР «Периопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», 0117U006955, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 136032. МПК (2019.01) A61B 17/00. Спосіб герніопластики гриж передньої черевної стінки власними тканинами / Завгородній С.М., Кубрак М.А., Данилюк М.Б., Рилов А.І., Децик Д.А.; заявник і патентовласник: Запорізький державний медичний університет. - № u201902535; заявл. 15.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб пластики грижі передньої черевної стінки, під час виконння якої формують м'язово-апоневротичну дуплікатуру за рахунок використання спеціальної петлі з нерозсмоктуючого шовного матеріалу з атравматичною голкою, якою прошивають нижній край дефекту апоневрозу з формуванням вузла, після чого накладають горизонтальний безперервний П-подібний шов з петлевим вузлом в верхньому куті рани, та безперервний обвивний шов у зворотному напрямку, з фіксацією петлі до вільного кінця нитки первинного вузла.
8. Мінімізація ризику прорізування лігатури крізь тканини під час активізації пацієнта в післяопераційному періоді шляхом використання нерозсмоктуючого шовного матеріалу у вигляді спеціальної петлі; формування широкого, міцного рубця за рахунок створення м'язово-апоневротичної дуплікатури та відсутності ішемії після накладання прямого та зворотного безперервних швів.
9. Хірургічна бригада: оперуючий хірург та два асистенти; петля - нитка з нерозсмоктуючого матеріалу з атравматичною голкою.
10. Хірургічне лікування хворих з пупочною та вентральною грижею, грижею білої лінії живота.
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., Кубрак М.А., Данилюк М.Б. (0966984195), Рилов А.І., Децик Д.А.

Реєстр. № 338/6/19 1. СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ПРИ ТИРЕОЇДЕКТОМІЇ.

2. НДР «Периопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», 0117U006955, 2017-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 132495. МПК (2019.01) A61B 17/00. Спосіб дренування післяопераційної рани при тиреоїдектомії / Завгородній С.М., Рилов А.І., Данилюк М.Б., Кубрак М.А., Зимня К.О.; заявник і патентовласник: Запорізький державний медичний університет. - № u201810090; заявл. 09.10.2018; опубл. 25.02.2019. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Спосіб дренування післяопераційної рани при тиреоїдетомії, що включає використання активного дренування, який відрізняється тим, що для дренування ложа щитоподібної залози використовується одна поліхлорвінілова трубка з перфоративними отворами, яка розташовується вздовж ложа таким чином, що створюються умови для ефективної аспірації ексудату в штучносформованому підм'язовому просторі, а дренування підшкірножирової клітковини виконується за допомогою гумової смужки, яка розташовується таким чином, щоб обидва її кінці виходили з різних боків рани.
8. Ексудат ложа щитоподібної залози ніяким чином не впливає на краї післяопераційної рани та шкіру; гумовий дренаж запобігає скупченню ексудату під підшкірножировим лосткутом; кращий косметичний ефект.
9. Хірургічна бригада: оперуючий хірург та два асистенти; дренаж - поліхлорвінвлова трубка; гумова смужка.
10. Хірургічне лікування хворих з патологією щитоподібної залози, яким виконується тиреоїдектомія.
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., Данилюк М.Б., Кубрак М.А., Зимня К.О. (0961775290).

Реєстр. № 339/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛАНТАРНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК МОЛОТОЧКОПОДІБНО ДЕФОРМОВАНИХ 2-4 ПАЛЬЦІВ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ І СЕПСИС.

2. НДР «Сепсис у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи».
3. Хірургія.
4. 2++,С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 135691. МПК (2019.01), A61B 17/00. Спосіб лікування плантарних трофічних виразок молоточкоподібно деформованих 2-4 пальців у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи і сепсис / Шаповал С.Д., Савон І.Л., Бєлінська В.О., Максимова О.О., Трибушний О.В., Слободченко Л.Ю.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201901440 ; заявл. 13.02.2019 ; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування плантарних трофічних виразок молоточкоподібно деформованих 2-4 пальців у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи шляхом проведення іншого оперативного втручання, в якому за рахунок виконання розсічення сухожиль- згиначів пальця на рівні проксимальної фаланги з наступною іммобілізацією нижньої кінцівки за допомогою Total contact cast в стані помірного тильного згинання стопи та виправлення деформованого пальця. Забезпечується зменшення травматичності та уникнення післяопераційних ускладнень, зменшення терміну

загоєння виразок нігтьових фланг, що знижує вірогідність розповсюдження гнійно-некротичного процесу з розвитком остеомієліту або гангрени пальця. Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування плантарних трофічних виразок молоточкоподібно деформованих 2-4 пальців у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи і сепсис, який полягає в проведенні оперативного втручання, згідно з корисною моделлю хворому у ділянці нігтьових фаланг 2-4 пальців скальпелем з одноразовою насадкою № 23 крізь розтин шкіри до 0,5 см на підошовній поверхні на рівні проксимальної фаланги виконують розтин сухожиль- згиначів пальця, накладають асептичну пов'язку з наступною іммобілізацією нижньої кінцівки за допомогою Total contact cast у стані помірного тильного згинання стопи та виправлення деформованого пальця. Розтин сухожиль-згиначів пальця призводить до виправлення його деформації. Мінімальна травматизація оточуючих м'яких тканин сприяє швидкому загоєнню післяопераційної рани без розвитку ускладнень, а іммобілізація нижньої кінцівки створює умови для фіксації пальця у вірному анатомічному положенні до моменту загоєння тканин у ділянці оперативного втручання. Таким чином, після загоєння трофічної виразки та припинення іммобілізації зникає причина для виникнення рецидиву. Перетин сухожиль виводить палець з функціонального стану. Проте, зберігаючи нефункціональний палець, можна досягти не тільки косметичному ефекту, але й запобігти подальшому руйнуванню оточуючих тканин, не утворювати порожнини та вільне місце для викривлення або бокової деформації сусідніх пальців.

8. Клінічна ефективність: дає можливість шляхом мінімальної травматизації м'яких тканин виправити молоточкоподібну деформацію 2-4 пальців стопи в умовах порушень кровотоку при ускладненому синдромі діабетичної стопи, що зменшує вірогідність післяопераційних ускладнень та виключає причину повторного виникнення плантарних виразок у ділянці нігтьових фаланг. Це сприяє більш швидкому загоєнню виразок, зменшує вірогідність прогресування гнійно- некротичного процесу та ризик рецидиву, що, в свою чергу, знижує кількість повторних звернень до лікарні та покращує якість життя хворих. Соціальна ефективність: прискорює час загоєння плантарних трофічних виразок, зменшує вірогідність розповсюдження гнійно-некротичних процесів на стопі. Економічна ефективність: скорочення терміну стаціонарного лікування.
9. Іммобілізація нижньої кінцівки за допомогою Total contact cast.
10. Наявність цукрового діабету, пресорних трофічних виразок стоп.
11. Розповсюдження запального процесу на ділянку лінії розтину сухожиль-згиначів.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД. 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Шаповал С.Д., Савон І.Л., Бєлінська В.О. (0993236633), Максимова О.О., Трибушний О.В., Слободченко Л.Ю.

Реєстр. № 340/6/19 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 моноклональнихантитіл до мембранних антигенів HLA людини, та вторинних антитіл, мічених флуорохромом PerCP. Стовбурові клітини кордової крові, що були трансплантовані внутрішньовенним введенням в період 4 тижні 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 послідуючим 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. № 341/6/19 1. ЗОНД-ОБТУРАТОР ДЛЯ ТОНКОКИШКОВОЇ СТОМИ.

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», 0115U000043, 2015-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118823. МПК A61B 17/00, A61F 2/04 (2013.01), A61M 1/00, A61M 25/00. Зонд-обтуратор для тонкокишкової стоми / Кушнірчук М.І., Андрющенко В.П., Ващук В.В., Кирик Т.П. - № a201712855; заявл. 26.12.2017; опубл. 11.03.2019. Бюл. № 5.
6. Впроваджено безоплатно в медичні заклади хірургічного профілю.
7. Зонд-обтуратор для тонко кишкової стоми містить силіконову трубку та промивний наконечник. Для відновлення природного пасажу кишкового вмісту травним трактом пристрій виконаний з силіконової трубки, що має підковоподібну форму. Обидва кінці трубки перфоровані овальними отворами, над якими розміщені еластичні балони-обтуратори, до яких приєднані тонкі силіконові трубки, на кожній з яких розміщені послідовно манжета та канюля. До центрального просвіту трубки приєднано як промивний наконечник санаційну силіконову трубку із захисним ковпачком.
8. Швидше відновлення повноцінного травлення та виведення з організму продуктів

метаболізму у ранньому післяопераційному періоді та запобігання ускладненням.

9. Зонд-обтуратор для тонко кишкової стоми.
10. Пацієнти з хірургічною патологією з порушенням цілісності тонкої кишки внаслідок перитоніту.
11. Немає..
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 226-43-38, кафедра загальної хірургії.
14. Немає..
15. Кушнірчук М.І. (0679480726), Андрющенко В.П., Ващук В.В., Кирик Т.П.

Реєстр. № 342/6/19 1. СПОСІБ ВЕДЕННЯ РАННЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ СЕРЕДНЬОГО ТА ВИСОКОГО СТУПЕНЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО РИЗИКУ, ЩО ОПЕРОВАНІ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.

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 № 131705. МПК A61B 17/00, A61K 31/00. Спосіб ведення раннього післяопераційного періоду у хворих середнього і високого ступеня периопераційного ризику, оперованих з приводу туберкульозу легень / Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Леванда Л.І., Поташев С.В., Терешкович О.В., Конік Б.М., Калениченко М.І., Шалагай С.М., Шамрай М.Ю. - № u201808236; заявл. 26.07.2018 ; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Новизна розробки полягає у тому, що після операції одразу призначають комбінований антибактеріальний препарат, що містить 1 г цефоперазона натрієвої солі та1 г с продовжують його введення протягом 10 днів. В день операції призначають парентерально протитуберкульозні препарати, згідно визначеної чутливості мікобактерій туберкульозу (МБТ) пацієнта протягом 5 днів з подальшим переходом на пероральний прийом та пантопразол 40 мг внутрішньовенно двічі на добу в перший день, а починаючи з 2 дня перорально по 20 мг двічі на добу протягом 10 днів. При відсутності ознак кровотечі через 12 год. вводять еноксапарин 0,4 мл підшкірно, а в подальшому 1 раз на добу протягом ще 10 днів та для контролю гемодинаміки проводять ехокардіографію в передопераційному періоді та в перші 2 доби після операції щодня, далі за потребою.
8. Завдяки застосуванню способу досягається зменшення частоти виникнення інфекційних ускладнень на 23,4%, зменшення частоти виникнення тромбоемболічних ускладнень на 20,1%, зменшення частоти виникнення набряку легень на 6,0%, зменшення частоти виникнення аритмій на 12,8%, зменшення частоти виникнення шлунково-кишкових виникнення рецидивів, зменшення летальності на 3,5%, скорочення терміну стаціонарного лікування на 12 днів.
9. Апарат ЕХО ЕКГ, операційна, оксигенатор, рентгенапарат, 1 г цефоперазона натрієвої солі та 1 г сульбактаму натрієвої солі двічі на добу протягом 10 днів, пантопразол 40 мг внутрішньовенно двічі на добу в перший день, а починаючи з 2 дня перорально по 20 мг двічі на добу протягом 10 днів, еноксапарин 0,4 мл підшкірно, а в подальшому 1 раз на добу протягом ще 10 днів.

10. Хворі середнього і високого ступеня периопераційного ризику, оперовані з приводу туберкульозу 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., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Леванда Л.І., Поташев С.В., Терешкович О.В., Конік Б.М., Калениченко М.І., Шалагай С.М., Шамрай М.Ю. (0442755700).

Реєстр. № 343/6/19 1. СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРОГО ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ПРИВОДУ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.

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 № 131704. МПК A61B 1/00, A61B 17/00, A61K 31/00, A61P 11/00. Спосіб передопераційної підготовки хворого до хірургічного лікування з приводу деструктивного туберкульозу легень / Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Конік Б.М., Шалагай С.М., Поташев С.В., Терешкович О.В., Калениченко М.І., Леванда Л.І., Шамрай М.Ю. - № u201808235; заявл. 26.07.2018 ; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Новизна розробки полягає у тому, що після поступлення хворого в стаціонар з діагнозом туберкульозу легень, йому виконують спіральну комп'ютерну томографію, ЕХО-кардіографію і діагностичну фібробронхоскопію. Щоденно ретростернально вводять протитуберкульозні препарати та призначають системну протитуберкульозну терапію. Одночасно створюють лікувальний штучний пневмоторакс на стороні ураження і штучний пневмоперитонеум. Кожні 2 тижні повторюють лікувальний пневмоторакс і пневмоперитонеум під контролем ЕХО- кардіографії. Після досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації туберкульозного процесу виконують оперативне втручання.
8. Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення частоти післяопераційних ускладнень: інфікування середостіння на 10,0 %, емпієми плеври з бронхіальною норицею на 9,1 %, скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі на 17,9 днів.
9. Інсуфлятор повітря, апарат ЕХО ЕКГ, фібробронхоскоп.
10. Хворі на деструктивний 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., Мельник В.М., Опанасенко М.С., Конік Б.М., Шалагай С.М., Поташев С.В., Терешкович О.В., Калениченко М.І., Леванда Л.І., Шамрай М.Ю. (0442755700).

Реєстр. № 344/6/19

1. СПОСІБ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ВЕНОЗНОЇ ФОРМИ ВРОДЖЕНОЇ СУДИННОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ.
2. НДР «Розробити та обґрунтувати технології лікування хворих з вродженими судинними мальформаціями голови та шиї», 0117U000156, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 134701. МПК А61В 17/00. Спосіб склеротерапії венозної форми вродженої судинної мальформації / Артеменко М.О., Галич С.П., Гиндич О.А.. - № u201900975; заявл. 31.01.2019; опубл. 27.05.2019. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Спосіб склеротерапії венозної форми вродженої судинної мальформації включає введення в мальформацію пінної форми склерозанту за допомогою катетера. Перед введенням склерозанту під контролем ультразвукового дослідження проводять введення охолодженого тумесцентного розчину Кіеіп навколо мальформації.
8. Використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ділянок реканалізації мальформації.
9. Набір хірургічних інструментів для склеротерапії, апарат УЗД.
10. Венозна форма вродженої судинної мальформації.
11. Немає.
12. Міграція склерозуючої піни за межі мальформації з утворенням тромбофлебіту здорових вен.
13. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України.
14. Немає.
15. Артеменко М.О., Галич С.П., Гиндич О.А. (0444542064).

Реєстр. № 345/6/19 1. СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЙНОГО СТРАВОХІДНО- ШЛУНКОВОГО АНАСТОМОЗУ.

2. НДР «Удосконалити методи хірургічного лікування і післяопераційного знеболення хворих з захворюваннями стравоходу», 0117U007505, 2018-2020 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 139304. МПК А61В 17/00. Спосіб формування інвагінаційного стравохідно-шлункового анастомозу / Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Савенко Г.Ю., Клімас А.С. - № u201907094; заявл. 26.06.2019; опубл. 26.12.2019. Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Спосіб формування інвагінаційного стравохідно-шлункового анастомозу включає формування «ребер» анастомозу на протязі 4-5 см, для чого накладають по 3 серозно-м’язових шви з обох сторін, а на задню губу анастомозу з просвіту накладають два шви тримачі на відстані 1 -1,5 см один від одного, після чого, підтягуючи за шви-тримачі та між ними, прошивають та розрізають лінійним зшиваючо-ріжучим апаратом на протязі 30 мм вглиб стінки шлунка та стравоходу, внутрішній ряд швів передньої губи анастомозу виконують двома нитками назустріч одна-одній швами Шмідена.
8. Спосіб дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді стриктури інвагінаційного стравохідно-шлункового анастомозу.

9. Хірургічний інструментарій.
10. Резекція стравоходу з пластикою шлунковим трансплантатом.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України.
14. Немає.
15. Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Савенко Г.Ю., Клімас А.С.

Реєстр. № 346/6/19 1. СПОСІБ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ АНГІОПЛАСТИКИ СТЕНОЗУ АРТЕРІЇ ТРАНСПЛАНТОВАНОЇ НИРКИ

2. НДР «Вивчити можливості ендоваскулярних діагностично-лікувальних методик у забезпеченні органної трансплантації», 0117U000157, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135769. МПК A61M 25/00, A61B 17/00. Спосіб рентгенендоваскулярної ангіопластики стенозу артерії трансплантованої нирки / Фуркало С.М., Хасянова І.В., Власенко О.А., Гиндич П.А., Кондратюк В.А.. - № u201902221; заявл. 05.03.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб рентгенендоваскулярної ангіопластики стенозу артерії трансплантованої нирки включає балонну дилатацію стенозованої ділянки ниркової артерії. Балонну дилатацію проводять двома балонами-катетерами з діаметрами, відповідним діаметрам сегментарних гілок ниркової артерії, частково заведеними в сегментарні артерії.
8. Спосіб дозволяє більш точно відновити прохідність стенозованої артерії трансплантованої нирки.
9. Рентгенангіографічний апарат, контрастні речовини, катетери, провідники, біорезорбуючі стенти.
10. Спосіб може бути використаний для лікування хворих з трансплантованою ниркою при стенозі артерії.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України.
14. Немає.
15. Фуркало С.М. (0444082734), Хасянова І.В., Власенко О.А., Гиндич П.А., Кондратюк В.А.

Реєстр. № 347/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ.

2. НДР «Розробити хірургічну тактику і методики декомпресії жовчних шляхів при оклюзії дистального відділу загальної жовчної протоки з використанням мініінвазивних втручань та методів електрозварювання», 0117U000159, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 129408. МПК A61M 25/00. Спосіб лікування холедохолітіазу / Огородник П.В., Дейниченко О.Г., Єрмак Н.А., Литвиненко О.М., Момот О.Д. - № u201805508; заявл. 18.05.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.
6. Немає.
7. Спосіб лікування холедохолітіазу включає папілосфінктеротомію та літоекстракцію, при якому при вузькій дистальній частині загальної жовчної протоки після папілосфінктеротомії встановлюють тимчасовий покритий нітиноловий стент. Після дилатації дистального відділу загальної жовчної протоки стент видаляють і виконують літоекстракцію.
8. Спосіб забезпечує спрощення літоекстракції та зниження числа післяопераційних ускладнень.
9. Загальнохірургічний інструментарій, нітиноловий стент.
10. Хворі на холедохолітіаз.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України.
14. Немає.
15. Огородник П.В., Дейниченко О.Г. (0444086344), Єрмак Н.А., Литвиненко О.М., Момот О.Д.

Реєстр. № 348/6/19 1.

СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ.

2. НДР «Розробити та впровадити мультидисциплінарний підхід у лікуванні хворих з новоутвореннями наднирникових залоз», 0117U000160, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 119145. МПК A61B 17/00. Спосіб лапароскопічної адреналектомії / Скумс А.В., Гулько О.М., Симонов О.М., Кондратюк В.А., Рьянов А.І. - № u201703599; заявл. 13.04.2017; опубл. 11.09.2017. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб лапароскопічної адреналектомії включає латеральний лапароскопічний трансабдомінальний доступ та видалення наднирника. За добу перед оперативним втручанням виконують артеріографію артерій наднирка, флебографію центральної вени, проводять їх ендоваскулярну оклюзію.
8. Спосіб забезпечує зменшення інтраопераційної крововтрати, запобігає викиду секрету наднирника у загальний кровоплин, що знижує кількість післяопераційних ускладнень.
9. Набір хірургічних інструментів.
10. Хірургічне лікування пацієнтів із пухлинами наднирників.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України.
14. Немає.
15. Скумс А.В., Гулько О.М., Симонов О.М., Кондратюк В.А., Рьянов А.І. (0444542072).

Реєстр. № 349/6/19

1. СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ ПРЕПАРАТУ З ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ.
2. НДР «Діагностика та лікування хворих з загальною та невідкладною хірургічною патологією із застосуванням інноваційних технологій», 0115U002166, 2015-2019 рр.
3. Загальна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135447. МПК А61В 1/113 (2006.01). Спосіб видалення препарату з черевної порожнини при лапароскопічних операціях / Крижевський В.В., Мендель М.А., Павлович Ю.В. - № u201902558; заявл. 15.03.2019; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб видалення препарату з черевної порожнини при лапароскопічних операціях включає проведення ряду стандартних процедур, таких як, розріз шкіри в області пупка без попереднього накладання пневмоперитонеуму, проколювання черевної стінки троакаром, ревізію черевної порожнини, оперативне втручання, який відрізняється тим, що вилучення препарату з черевної порожнини здійснюють наступним чином: препарат фіксують за допомогою введеної через троакар лігатури з петлею Редера на кінці та шляхом затягування петлі на краю препарату витягують його через троакар за лігатуру після видалення лапароскопа.
8. Можливість лапароскопічно безпечно видалити препарат з черевної порожнини через троакар діаметром 10 або 12 мм під візуальним контролем без встановлення додаткових портів.
9. Лапароскопічна апаратура та інструменти, сформована екстракорпорально петля Редера.
10. Патологічні процеси черевної порожнини, коли показана лапароскопічна хірургічна операція з резекцією або видаленням органу.
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 поверхах черевної порожнини.
12. Помилками буде технічно неправильне формування петлі Редера, занадто великий об’єм видаляємого препарату в петлі Редера, негерметичне затягування лігатури на препараті з можливим зісковзуванням петлі при тракції в троакар за лігатуру; можливі ускладнення - це порушення цілісності препарату при надмірному підтягуванню його в троакар петлею Редера.
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. № 350/6/19 1. СПОСІБ ВИКОНАННЯ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ОБЛІТЕРАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН.

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 № 127697. МПК (2018.01) А61В 18/12 (2006.01), А61В 17/00. Спосіб виконання ендовазальної облітерації з використанням високочастотного електрозварювання біологічних тканин / Кункін Д.Д., Дзюба Є.Д.,

Горбовець В.С., Крестянов М.Ю., Любченко А.С., Косаковський А.Л., Макаров А.В; заявник і патентовласник Кункін Д.Д. - № u201602682; заявл. 17.03.2016; опубл. 27.08.2018. Бюл. № 16.

6. Немає.
7. Спосіб виконання ендовазальної облітерації з використанням високочастотного електрозварювання біологічних тканин включає перев'язку сафено-феморального співвустя та витоків великої підшкірної вени, проведення в її просвіт та екстракцію зонда з поетапним зварюванням вени по всій її довжині з одночасною зовнішньою компресією. Облітерація вен відбувається внаслідок утворення тепла на омнічному опорі біологічного матеріалу при протіканні крізь нього струму за алгоритмом, який реалізується в автоматичному режимі завдяки біполярному інструменту. Процес облітерації на окремому сегменті вени здійснюється при напрузі в межах від 10 до 100 В, частоті змінного 40 струму 50-500 кГц, з модуляцією частоти до 250 кГц, при опірності тканини від 0,1 до 1000 Ом, температурі 50-75°С, нагріванні протягом 0,510 с, глибині поширення теплового впливу не більше 1,5-2 мм і швидкості просування електродної частини біполярного інструменту у вені 1 -10 мм/с. Тривалість облітерації на окремому сегменті вени визначається за коефіцієнтом відносної опірності k=Ri(ti)/R0(t0), де Ri(ti) - поточний опір біологічної тканини, R0(t0) - початкове значення опору. Коефіцієнт k знаходиться в межах 3-4, що контролюється в автоматичному режимі. Нагрівання прилеглих тканин на відстані 1 мм від електродів інструмента відбувається до температури інтенсивної денатурації білка, що міститься в тканинах, і не перевищує 75°С.
8. Запропонований спосіб 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. Автоматичний режим допомагає виключити вірогідність появи опіків, обумовлених необ'єктивним сприйняттям зовнішніх ознак процесу, а також інші прояви негативного впливу людського фактору на ефективність способу. Використання інструменту розробленої конструкції у складі з автоматичним режимом облітерації полегшує роботу користувача (хірурга) та попереджає перегрівання та залипання електродної частини в біологічному об'єкті.
9. Ультразвуковий апарат, розчин місцевого анестетика, генератор (ЕКВЗ-300) та набір інструментів для ендовенозного електрозварювального впливу.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Горбовець В.С., Крестянов М.Ю.

Реєстр. № 351/6/19 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИСХІДНОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ 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 № 128122. МПК (2018.01) А61В 18/00. Спосіб хірургічного лікування гострого висхідного тромбофлебіту великої підшкірної вени / Саволюк С. І., Геращенко Р.А., Ходос В.А., Горбовець В.С.; заявник і патентовласник Геращенко Р А. - № u201713073; заявл. 28.12.2017; опубл. 10.09.2018. Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування гострого висхідного тромбофлебіту великої підшкірної вени передбачає здійснення процесу зварювання на окремому тромбованому сегменті великої підшкірної вени при температурі від 55 до 65°С протягом 2-3 секунд, глибина поширення термічного впливу не перевищує 1 -2 мм. Дані параметри дозволяють досягти облітерації тромбованого стовбуру великої підшкірної вени шляхом зварювання тромбу і венозної стінки та убезпечити оточуючі тканини від термічних уражень. Пристрій для ендовенозного електрозварювання складається з джерела струму - багатофункціонального апарату для високочастотного електричного зварювання живих тканин ЕКВЗ - 300М та ендовенозного електрозонду оригінальної конструкції, робоча частина якого має калібр від 3,5 до 8 мм та містить в собі електродний пристрій біполярної конфігурації для подачі високочастотного струму в просвіт великої підшкірної вени. Із типових доступів виконується висока перев'язка гирла та витоків великої підшкірної вени; в просвіт тромбованого стовбуру в антеградному або ретроградному напрямках вводять ендовенозний електрозонд; після ультразвукового контролю розташування робочої частини електрозонду виконують вибір параметрів роботи пристрою - режим «зварювання 60 ручне», потужність 50 %, процес електрозварювання активується оператором, а саме натисканням на педаль керування пристрою. За допомогою УЗ датчика, що розташовується над робочою частиною електрозонду в повздовжній площині сканування, спостерігаються ознаки зварювання ділянки великої підшкірної вени (різкий спазм, потовщення стінки та оклюзія вени). Після цього оператор виконує ручне переміщення електрозонду в наступну ділянку вени. Надалі усі процеси повторюються по всій довжині трамбованого стовбуру великої підшкірної вени. Процес зварювання на окремій ділянці вени відбувається протягом 2-3 секунд. Переміщення електрозонду відбувається дискретно з кроком від 6 до 11 мм, в залежності від калібру робочої частини. Після закінчення електрозварювання виконують зашивання відповідних ран. За необхідністю виконують додаткові етапи оперативного втручання - флебектомію, дисекцію перфорантних вен. Операцію завершують виконанням еластичної компресії кінцівки з посилення по ходу тромбованої великої підшкірної вени.
8. Запропонований спосіб дозволяє автоматизувати процес виконання ургентної операції та скорочення часу її проведення, знизити ризик виникнення інтраопераційних помилок, в можливості проведення лікування всіх форм і стадій варикозної хвороби, за умови наявності ургентного ускладнення у вигляді гострого тромбофлебіту, підвищенні радикальності та покращення косметичного ефекту від операції, суттєвому зменшенні кількості післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів на лікарняному ліжку. Запропоновані режими дозволяють виключити вірогідність появи опіків, обумовлених необ'єктивним сприйняттям зовнішніх ознак процесу, що суттєво підвищує естетичні результати хірургічного лікування в віддалений післяопераційний термін. Використання інструменту розробленої конструкції у складі з авторським режимом облітерації полегшує роботу користувача (хірурга) та попереджає перегрівання та залипання електродної частини в біологічному об'єкті.

9. Ультразвуковий апарат, розчин місцевого анестетика, генератор (ЕКВЗ-300) та набір інструментів для ендовенозного електрозварювального впливу.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення рефлюксу по стовбуру великої підшкірної вени, гострий тромбофлебіт.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Ходос В.А., Горбовець В.С., Геращенко Р.А.

Реєстр. № 352/6/19 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ВИКОНАННЯ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ОБЛІТЕРАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН.

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 № 130447. МПК (2018.01) A61B 17/00, A61B 18/12 (2006.01). Пристрій для виконання ендовазальної облітерації з використанням високочастотного електрозварювання біологічних тканин / Горбовець В.С., Кункін Д.Д., Крестянов М.Ю., Любченко А.С., Дзюба Є.Д., Косаковський А.Л., Макаров А.В.; заявник та патентовласник Кункін Д.Д. - № u201806049; заявл. 17.03.2016; опубл. 10.12.2018. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Пристрій для виконання ендовазальної облітерації великої підшкірної вени в адаптованому режимі високочастотного електрозварювання має зонд для проведення в просвіт великої підшкірної вени та його екстракції з поетапним електрозварюванням, що складається з: джерела живлення - генератора, в якому формуєтьсявисокочастотна напруга згідно з обраним режимом автоматичної облітерації, біполярного інструменту, датчиків електричного струму й напруги, блока автоматичної обробки інформації про зміну опору біологічної тканини та генерації керуючих сигналів для користувача та зв'язаного з ним блока звукової сигналізації. Конструктивні елементи взаємодіють таким чином, що у генераторі формується високочастотна напруга згідно з обраним режимом автоматичної облітерації вен високочастотним електрозварюванням: різниця потенціалів 10-100 В прикладається до полюсів розробленого інструмента, ручку якого тримає користувач, керуючи його просуванням вздовж ушкодженої вени. Блок обробки інформації має програму, яка встановлює алгоритм адаптації та автоматизації режиму ендовенозної облітерації великої підшкірної вени, визначаючи зміну опору біологічної тканини за рахунок фіксації коефіцієнту опору біологічної тканини k, який варіюється залежно від умов проведення ендовенозної облітерації великої підшкірної вени, але обов'язково в межах показників від 3 до 4. Блок обробки інформації генерує сигнали для користувача і через блок звукової сигналізації активізує сигналізацію, яка сповіщає користувача (хірурга) про просування робочої частини інструмента на нову ділянку ушкодженої вени. Блок обробки інформації автоматично визначає тривалість зварювання на окремому сегменті вени за сигналами зворотного зв'язку датчиків та напруги відповідно до опору або струму провідного середовища у визначеному діапазоні зміни відносного опору або струму.

8. Запропонований пристрій дозволяє автоматизувати процес виконання ургентної та планової операції з приводу варикозної хвороби вен нижніх кінцівок та її ускладнень, зменшити її тривалість, знизити ризик виникнення інтраопераційних помилок внаслідок суб'єктивного оцінювання інтраопераційної клінічної ситуації, можливості хірургічного лікування всіх форм і стадій варикозної хвороби в умовах реалізації концепції хірургії швидкого відновлення шляхом виконання малоінвазивних втручань, підвищити радикальність та покращити косметичний ефект від операції, суттєвому зменшенні кількості післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів на лікарняному ліжку. Запропоновані режимидозволяють виключити вірогідність появи опіків, обумовлених необ'єктивним сприйняттям зовнішніх ознак процесу, що суттєво підвищує естетичні результати хірургічного лікування в віддалений післяопераційний термін. Використання інструменту розробленої конструкції у складі з авторським режимом облітерації полегшує роботу хірурга та попереджає перегрівання та залипання електродної частини в біологічному об'єкті.
9. Ультразвуковий апарат, розчин місцевого анестетика, генератор (ЕКВЗ-300) та набір інструментів для ендовенозного електрозварювального впливу.
10. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, для усунення рефлюксу по стовбуру великої підшкірної вени, гострий тромбофлебіт.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Ходос В.А., Горбовець В.С., Крестянов М.Ю., Геращенко Р.А.

Реєстр. № 353/6/19 1. СПОСІБ ПОЄДНАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЇХ РЕЦИДИВУВАННЯ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНІХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗАХ.

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 № 135147. МПК (2006) A61B 17/00. Спосіб поєднаного хірургічного лікування дефектних рубців та профілактики їх рецидивування після попередніх хірургічних втручань на молочних залозах / Рибчинський Г.О., Саволюк С.І.; заявник та патентовласник Рибчинський Г.О. - № u201808909; заявл. 23.08.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб поєднаного хірургічного лікування дефектних рубців та профілактики їх рецидивування після попередніх хірургічних втручань передбачає висічення дефектного рубця та профілактичне застосування медикаментозних засобів: на рану накладають інтрадермальний косметичний шов з нерозсмоктувального монофільного матеріалу, який знімають через 12-14 днів, через 3-4 тижні після операції ділянку рубця обколюють сумішшю розчину кортикостероїду та анестетика, наклеюють силіконовий пластир, після цього накладають компресійну пов'язку на цю ділянку із застосуванням еластичного бинта або спеціального одягу, і протягом перших шести місяців здійснюють візуальний контрольний нагляд за ефектом лікування. Ін'єкційну суміш збовтують і шприцом з інсуліновою змінною

голкою вводять безпосередньо під товщу рубця на молочних залозах на глибину 0,52,0 см на всьому протязі, починаючи від одного його краю до протилежного таким чином, щоб не спричинити розходження шва. Один раз на 2-3 тижні проводять візуальний контрольний огляд рубця протягом перших двох місяців, а з третього по шостий місяць достатній контроль в динаміці щомісяця, при цьому ін'єкційну процедуру повторюють за необхідності - при ознаках повторного формування дефектного рубця.

8. Ефективність запропонованого способу визначається його лікувальним та профілактичним впливом, що застосовуються одночасно. Метою поєднаного застосування спочатку хірургічного висічення вже наявного дефектного рубця та наступного введення кортикостероїду, використання компресійної пов'язки і силіконового пластиру є редукція повторного посилення колагеногенезу, капілярогенезу і, як наслідок, унеможливлення повторного формування дефектного рубця. Запропонований спосіб сприятиме покращенню результатів лікування та профілактики повторного рецидивування дефектних рубців, що впливає на показники якості життя, рівень соціальної адаптації та психологічний стан пацієнток.
9. Розчин місцевого анестетика, кортикостероїду, монофіламентний атравматичний шовний матеріал, силіконовий пластир, компресійний трикотаж.
10. Дефектні післяопераційні рубці на молочній залозі після виконання хірургічних втручань з приводу доброякісної патології, після протезування.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Рибчинський Г.О.

Реєстр. № 354/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗАХ.

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 № 135148. МПК (2006) A61B 31/00 Спосіб лікування дефектних рубців після хірургічних втручань на молочних залозах / Рибчинський Г.О., Саволюк С.І.; заявник та патентовласник Рибчинський Г.О. - № u201808911; заявл. 23.08.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб лікування дефектних рубців після хірургічних втручань на молочних залозах передбачає застосування медикаментозних засобів безпосередньо в товщу дефектного рубця на молочних залозах шприцом з інсуліновою змінною голкою (суміш розчину кортикостероїду та анестетика), причому голку просувають в напрямку паралельної лінії розміщення рубця, починаючи від одного його краю до протилежного, аж до повного побіління рубця з утворенням симптому «лимонної кірки», силіконовий пластир наклеюють, після чого накладають компресійну пов'язку на ділянку рубця із застосуванням еластичного бинта або спеціального одягу.
8. Ефективність запропонованого способу визначається його лікувальним патогенетичним впливом на патоморфологію дозрівання рубцевої тканини в зоні

хірургічної агресії. Запропонований спосіб сприятиме покращенню ранніх результатів лікування та профілактики повторного рецидивування дефектних рубців молочних залоз, що має вплив на показники якості життя, рівень соціальної адаптації та психологічний стан пацієнток в віддалений післяопераційний термін.

9. Розчин місцевого анестетика, кортикостероїду, силіконовий пластир, компресійний трикотаж.
10. Дефектні післяопераційні рубці на молочній залозі після виконання хірургічних втручань з приводу доброякісної патології, після протезування.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Рибчинський Г.О.

Реєстр. № 355/6/19 1. СПОСІБ МОДИФІКАЦІЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГАСТРОПЛІКАЦІЇ.

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 № 136015. МПК (2006) A61B 17/00. Спосіб модифікації лапароскопічної повздовжньої гастроплікації / Саволюк С.І., Завертиленко Д.С., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Гордон Ш.О., Кругляк Є.К.; заявник та патентовласник Завертиленко Д.С. - № u201902266; заявл. 06.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб модифікації лапароскопічної гастроплікації передбачає попередження або мінімізацію ризику виникнення в ранньому післяопераційному терміні стенозу в ділянці кута шлунку шляхом модифікації інтракорпорального шва, що виконується під час лапароскопічної операції у хворих з ожирінням, метаболічним синдромом. Удосконалення методу лапароскопічної повздовжньої гастроплікації полягає в тому, що виконується інвагінація мобілізованої частини шлунку шляхом ушивання стінок шлунку двома рядами безперервних швів, починаючи від кута Гіса в напрямку до воротаря шлунку, де напрямок прошивання голкою є перпендикулярним відносно великої кривизни шлунку, проте, в нижній 1/3 великої кривизни шлунку, ближче до incisura angularis - напрямок прошивання зміщується в бік воротаря, цим самим, не викликаючи та попереджаючи стеноз в ділянці кута шлунку.
8. Застосування способу модифікації лапароскопічної гастроплікації дозволяє попередити розвиток як в ранньому, так і в віддалений післяопераційний термін стенозу шлунку, в ділянці його кута, що має суттєвий вплив на результати хірургічного лікування пацієнтів з ожирінням та метаболічним синдромом, зменшуючи вірогідність ускладненого післяопераційного перебігу, в тому числі необхідність здійснення повторного оперативного втручання, не впливаючи на термін виконання лапароскопічної операції, підвищуючи показники якості життя оперованих хворих.
9. Стандартний набір лапароскопічних інструментів.
10. Ожиріння та метаболічний синдром у пацієнтів, яким показано виконання баріатричної операції.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С.

Реєстр. № 356/6/19 1. СПОСІБ СИМУЛЬТАННОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ.

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 № 136023. МПК (2006) A61B 17/00. Спосіб симультанної лапароскопічної операції з приводу метаболічного синдрому / Саволюк С.І., Завертиленко Д.С., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Гордон Ш.О., Кругляк Є.К.; заявник та патентовласник Завертиленко Д.С. - № u201902465; заявл. 13.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб симультанної лапароскопічної операції з приводу метаболічного синдрому передбачає удосконалення методики хірургічного лікування хворих на метаболічний синдром та гастроезофагеальною рефлюксною хворобою шляхом виконання симультанної лапароскопічної операції - фундоплікація за Nissen в поєднанні з повздовжньою гастроплікацією. Після виконання мобілізації великої кривизни шлунку в дистальному напрямку, не доходячи на 4 см до воротаря шлунку, а в проксимальному напрямку включно з абдомінальною частиною стравоходу, дном шлунку; виконується мобілізація малої кривизни шлунку для проведення фундоплікації за Nissen. Задня стінка шлунку проводиться позаду абдомінального відділу стравоходу та формується циркулярна манжетка, яка фіксується до стравоходу окремими вузловими швами. Після чого проводиться гастроплікація - виконується інвагінація мобілізованої частини шлунку шляхом ушивання стінок шлунку двома рядами безперервних швів, починаючи від кута Гіса в напрямку до воротаря шлунку, де напрямок прошивання голкою є перпендикулярним відносно великої кривизни шлунку, проте в нижній 1/3 великої кривизни шлунку, ближче до incisura angularis - напрямок прошивання зміщується в бік воротаря.
8. Спосіб симультанної лапароскопічної операції з приводу метаболічного синдрому дозволяє вирішити проблему комплексного покращення результатів хірургічного лікування ожиріння, метаболічного синдрому та цукрового діабету 2-го типу шляхом модифікації техніки виконання однієї з рестриктивних баріатричних органозберігаючих операцій (лапароскопічна гастроплікація), доповнюючи її виконання антирефлюксною операцією - фундоплікацією. Застосування лапароскопічної гастроплікації в комбінації з фундоплікацією дозволяє попередити виникнення післяопераційного рефлюкс-езофагіту в віддалений післяопераційний термін, забезпечуючи високі показники якості життя в пацієнтів після баріатричних операцій, а при його наявності до операції - є патогенетично обґрунтованим методом одночасної хірургічної корекції.
9. Стандартний набір лапароскопічних інструментів.
10. Ожиріння та метаболічний синдром у пацієнтів, яким показано виконання баріатричної операції з супутньою гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С.

Реєстр. № 357/6/19 1. СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СТРАВОХОДУ БАРРЕТА.

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 № 136024. МПК (2006) A61B 17/00, A61B 17/94 (2006.1) Спосіб ендоскопічного лікування стравоходу Барретта / Саволюк С.І., Завертиленко Д.С., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Гордон Ш.О., Кругляк Є.К.; заявник та патентовласник Завертиленко Д.С. - № u201902467; заявл. 13.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб ендоскопічного лікування стравоходу Баррета передбачає застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин з метою попередження або забезпечення значного зниження ризику подальшого прогресування та малігнізації ділянок метаплазії стравоходу. Процедуру проводять пацієнтам під контрольованою седацією, в амбулаторних умовах. Використовуючи ендоскопічну візуалізацію, ендоскопічний зонд з біполярною оливою на дистальному кінці, на яку подається енергія з апарату ЕК-300М, приєднавши до ендоскопа, заводиться до враженої ділянки. За допомогою біполярного електрозварювального пристрою, адаптованого до джерела енергії, під візуальним ендоскопічним контролем проводять електрозварювання ділянок метаплазії при ставоході Баррета.
8. Запропонований спосіб ендоскопічного лікування стравоходу Баррета дозволяє вирішити проблему покращення комплексних результатів хірургічного ендоскопічного лікування ускладнень гастроезофагеальної рефлюксної хвороби - стравохід Баррета, що має тенденцію до малігнізації. Застосування в ендоскопічній малоінвазивній хірургії вітчизняного електрохірургічного обладнання (електрозварювання живих біологічних тканин) дозволяє зменшити тривалість оперативного втручання та крововтрату, підвищити результати хірургічного лікування в ранній та віддалений післяопераційний термін, забезпечуючи високі показники якості життя пацієнтів.
9. Стандартний набір ендоскопічних інструментів, електрозварювальний генератор ЕКВЗ-300М, біполярний електрод.
10. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, що ускладнена розвитком стравоходу Баррета.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С.

Реєстр. № 358/6/19

1. СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ШЛУНКА ПРИ ВИКОНАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ.

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 № 136038. МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб мобілізації шлунка при виконанні лапароскопічних операцій / Саволюк С.І., Завертиленко Д.С., Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Гордон Ш.О., Кругляк Є.К.; заявник та патентовласник Завертиленко Д.С. - № u201902753; заявл. 21.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб мобілізації шлунка при виконанні лапароскопічних операцій вирішує завдання мобілізації шлунку при виконанні лапароскопічних операцій за допомогою лапароскопічного біполярного затискача, адаптованого до джерела енергії ЕКВЗ- 300М, що дозволяє зменшити кількість крововтрати та скоротити час виконання операції, для ефективного пересічення тканин та надійного перекриття судин.
8. Застосування способу мобілізації шлунка при виконанні лапароскопічних операцій дозволяє підвищити ефективність, надійність та безпечність виконання мобілізації шлунку під час виконання лапароскопічних оперативних втручань шляхом застосування технології електрозварювання живих біологічних тканин, позитивно впливаючи на скорочення тривалості оперативного втручання за рахунок скорочення часу для даного етапу, підвищити надійність та ефективність гемостазу під час оперативних втручань, впливати на зменшення кількості інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, скорочуючи обсяг операційної травми та тривалості наркозу, зменшити тривалість стаціонарного етапу та період післяопераційної реабілітації.
9. Стандартний набір лапароскопічних інструментів, електрозварювальний генератор ЕКВЗ-300М, біполярний зажим.
10. Лапароскопічні операції на органах черевної порожнини, що потребують здійснення мобілізації шлунку.
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. Саволюк С.І. (0444322452), Лисенко В.М., Крестянов М.Ю., Завертиленко Д.С.

Реєстр. № 359/6/19 1. СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОАЛОПЛАСТИКИ У ФУТБОЛІСТІВ ПРИ СПОРТИВНІЙ ГРИЖІ.

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 № 123905. МПК (2018.01) А61В 17/00. Спосіб лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі / Іоффе О.Ю., Стеценко О.П., Тарасюк Т.В., Цюра Ю.П., Омельченко А.В. - № u201710016; заявл. 17.10.2017; опубл. 12.03.2018. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі включає проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики з

імплантуванням сітчастого протезу без розсічення очеревини в зоні пахових ямок та фіксацією його до окістя бугорка лобкової кістки за допомогою герніостеплера, в якому застосовують фіксаційні скобки із матеріалу, що розсмоктується, та ушиванням внутрішнього пахового кільця, що загалом забезпечує безпечне та надійне закриття дефекту пахової ямки у футболістів, скорочує терміни повернення їх до активних занять спортом та є доступним, технічно простим, малотравматичним способом хірургічного втручання.

8. Нині одним із основних способів лікування спортивній грижі у футболістів є лапароскопічна трансабдомінальна (інтраабдомінальна) передочеревинна герніопластика TAPP-transabdominal preperitoneal henioplastic, який здійснюють шляхом використання відеолапароскопічної техніки, що дозволяє якісно візуалізувати пахову ділянку, а саме - зону внутрішнього пахового кільця та задню стінку пахової ямки, що є надзвичайно важливими при наявності спортивної грижі у футболістів. Але його недоліками є доволі високий ризик пошкодження судинних та нервових структур, стінки сечового міхура, елементів сім'яного канатика. Спосіб не враховує анатомічні особливості пахової ділянки у футболістів, не здійснюється ушивання внутрішнього пахового кільця. Використання для фіксації металевих скобок спричиняє більш інтенсивний больовий синдром в післяопераційному періоді та подовжує час професійної реабілітації після хірургічного лікування у футболістів. Спосіб лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі, що включає проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики, відрізняється тим, що сітчастий протез імплантують інтраперитонеально з попереднім субдермальним ушиванням внутрішнього пахового кільця. Завдяки нашому способу лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі є можливість забезпечити значну малотравматичність вручання, скорочення часу оперативного втручання, покращити якість життя хворого у післяопераційному періоді за рахунок скорочення термінів реабілітації спортсмена та запобігти можливих ускладнень під час операції.
9. Лапароскопічна стойка, 2 троакари (5 та 12 мм KarlStorz, Німеччина), герніостеплер Absorbotack (Covidien, США), фіксаційні скобки із матеріала, що розсмоктується, нитки Prolen 2-0 (Ethicon, Німеччина), синтетичний композитний сітчастий протез Proceed.
10. Спортивні грижі у футболістів, що виникають в наслідок розширення внутрішнього пахового кільця.
11. Технічна неможливість проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики.
12. Дуже рідко можливі ускладнення, пов'язані з проведенням лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики - пошкодження судинних та нервових структур, стінки сечового міхура, елементів сім'яного канатика.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Іоффе О.Ю., Стеценко О.П., Тарасюк Т.В., Цюра Ю.П. Контактна особа: Омельченко А.В. (0668374947).

Реєстр. № 360/6/19 1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ЗІ СТВОРЕННЯМ ТОНКОКИШКОВОГО РЕЗЕРВУАРА ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ЗА Ру ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА.

2. НДР «Наукове обґрунтування оптимізації діагностики та хірургічного лікування ускладнених гастродуоденальних виразок, пухлин шлунково-кишкового тракту та гострих шлунково-кишкових кровотеч», 0119U100966, 2019-2021 рр.

3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 87228. МПК А6№ 17/00 (2018.01). Спосіб реконструктивної операції зі створенням тонкокишкового резервуара після гастректомії за Ру при гострокровоточивому раку шлунка / Шепетько Є.М., Гармаш Д О. - № u201310735; заявл. 06.09.2013; опубл. 27.01.2014. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної єюногастропластики після гастректомії за Ру при гострокровоточивому раку шлунка, який полягає в тому, що перетинають відвідну петлю худої кишки проксимальніше ентеро-ентероанастомоза за Ру на відстані 3 см лінійним зшивателем «Proximate» 55 мм, складають відвідну петлю дистальніше езофагоєюноанастомоза у вигляді подвійної петлі (або букви U) та зшивають її апаратним способом протягом 12-14 см, перетинають відвідну петлю худої кишки дистальніше ентеро-ентероанастомоза за Ру, мобілізують її дистальний кінець на судинній брижової аркаді, переміщують його в проксимальному напрямку позадуободово та анастомозують із зшитої у вигляді букви U відвідною петлею худої кишки апаратним способом лінійним зшивачем «Proximat» 100 мм, створюючи тонкокишковий резервуар(єюногастропластика) довжиною 10-12 см, відвідну петлю худої кишки проксимальніше ентеро-ентероанастомоза за Ру заглушують, після чого безперервність худої кишки за рівнем ентеро-ентероанастомоза за Ру відновлюють другим ентеро-ентероанастомозом за Ру «кінець у бік».
8. Переваги нашої наукової продукції полягають у відновленні резервуарної функції шлунка після гастректомії за Ру з приводу гострокровоточивого раку шлунка, профілактика демпінг-синдрому та єюноезофагеального 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 зшиваючи апарати.
10. Гострокровоточивий рак шлунка.
11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
12. Пошкодження судинної брижової аркади після пересічення відвідної петлі тонкої кишки проксимальніше ентеро-ентероанастомозу за Ру, 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. № 361/6/19 1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ЗА РУ ЗІ СТВОРЕННЯМ ТОНКОКИШКОВОГО РЕЗЕРВУАРА ТА ВКЛЮЧЕННЯМ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.

2. НДР «Наукове обґрунтування оптимізації діагностики та хірургічного лікування ускладнених гастродуоденальних виразок, пухлин шлунково-кишкового тракту та гострих шлунково-кишкових кровотеч», 0119U100966, 2019-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 86382. МПК А6№ 17/00 (2018.01). Спосіб реконструктивної операції після гастректомії за Ру зі створенням тонкокишкового

резервуара та включенням дванадцятипалої кишки / Шепетько Є.М., Гармаш Д.О. - № u201308738; заявл. 12.07.2013; опубл. 25.12.2013. Бюл. № 24.

6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії за Ру зі створенням тонкокишкового резервуара та включенням дванадцятипалої кишки, який полягає в тому, що перетинають відвідну петлю худої кишки на відстані 3 см проксимальніше від ентеро-ентероанастомоза за Ру, складають петлю худої кишки, пересічену над анастомозом за Ру, у вигляді подвійної петлі (або букви U), та зшивають її апаратним способом протягом 12-14 см, після чого анастомозують за допомогою цикулярного зшивателя подвійну петлю худої кишки зі створенням тонкокишкового резервуара (єюногастропластики) з куксою дванадцятипалої кишки, яку включають в травний процес, а потім проксимальніше анастомоза за Ру відвідну петлю худої кишки заглушують
8. Переваги нашої наукової продукції полягають у відновленні резервуарної функції шлунка після гастректомії за Ру з приводу гострокровоточивого раку шлунка, профілактика демпінг-синдрому та єюноезофагеального 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 зшиваючи апарати.
10. Гострокровоточивий рак шлунка.
11. Відсутність технічного забезпечення для проведення оперативного втручання.
12. Пошкодження судинної брижової аркади після пересічення відвідної петлі тонкої кишки проксимальніше ентеро-ентероанастомозу за Ру, 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. № 362/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ.

2. НДР «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування запальних та незапальних захворювань підшлункової залози», 0117U002262, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 104588. МПК A61B 17/00. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту / Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Горлач А.І., Коваленко А.П., Цимбалюк Р.С.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201507156; заявл. 17.07.2015; опубл. 12.02.2016. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту передбачає ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки. Через просвіт катетера в панкреатичну протоку встановлюється провідник і по ньому за загальноприйнятою методикою виконується стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr що має антирефлюксний клапан. Через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент головної панкреатичної протоки видаляється, при наявності холедохолітіазу виконується ендоскопічна папілосфінкетротомія.

8. Запропонований спосіб дає можливість ліквідувати панкреатичну та біліарну гіпертензію та розірвати патогенетичну ланку запуску аутолітиичних процесів у підшлунковій залозі у хворих на гострий біліарний панкреатит.
9. Дуоденоскоп.
10. Гострий біліарний панкреатит в перші 24 години захворювання.
11. Парафатеріальний дивертикул.
12. Шлунково-кишкові кровотечі с папілотомної рани, перфорація дванадцятипалої кишки, міграція стента.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59 б; тел. 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0444677999), Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Коваленко А.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С.

Реєстр. № 363/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.

2. НДР «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування хірургічної патології органів черевної порожнини та кровообігу», 0118U100439, 2019-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135218. МПК А61В 17/00. Спосіб лікування післяопераційного болю після лапароскопічних втручань / Колосович І.В., Безродний Б.Г., Ганоль І.В., Колосович А.І. - № u201813103; заявл. 29.12.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб включає інфільтраційну аналгезію місць введення троакарів перед зашиванням післяопераційних ран. Підшкірно вводять 50 мг дексалгіну, розведеного у 20 мл фізіологічного розчину, з наступним введенням внутрішньом'язово 150 мг дексалгіну на добу протягом двох діб раннього післяопераційного періоду.
8. Використання запропонованого способу дозволяє отримати високий аналгетичний ефект з достовірно високим ступенем безпеки застосування препарату і тим самим знизити частоту післяопераційних ускладнень на 69 %.
9. Дексалгін, фізіологічний розчин.
10. Післяопераційний біль після лапароскопічних втручань.
11. Алергічні реакції на дексалгін.
12. Побічні реакції у вигляді диспепсичних розладів, шкірних проявів (висипання на шкірі, свербіж, кропивниця), головний біль, необхідність у додатковому введенні опіатів.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Колосович І.В., Безродний Б.Г., Ганоль І.В. (067698 8617), Колосович А.І.

Реєстр. № 364/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ.

2. НДР «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування запальних та незапальних захворювань підшлункової залози», 0117U002262, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.

5. Патент України на корисну модель № 104076. МПК A61B 17/00, A61M 39/00. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту / Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Коваленко А.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С. - № u201506819; заявл.10.07.2015; опубл.12.01.2016. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту включає ендоскопічну біліарну та панкреатичну декомпресію, який відрізняється тим, що після візуалізації великого дуоденального сосочка виконують одночасне стентування загальної жовчної та панкреатичної протоки окремими стентами діаметром 7 Fr кожний, через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент видаляють, при наявності холедохолітіазу виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію.
8. Запропонований спосіб дає можливість виконати адекватну мінітравматичну декомпресію біліарної та панкреатичної протокової систем з попередженням рефлюксу дуоденального вмісту у жовчні шляхи та головну панкреатичну протоку, що попередить розвиток холангітута зменшить ризик розвитку інфікованого некротичного панкреатиту на 19,9 %.
9. Дуоденоскоп.
10. Гострий біліарний панкреатит в перші 24 години захворювання.
11. Парафатеріальний дивертикул.
12. Шлунково-кишкові кровотечі с папілотомної рани, перфорація дванадцятипалої кишки, міграція стента.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59 б; тел. (044) 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0444677999), Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Коваленко А.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С.

Реєстр. № 365/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ.

2. НДР «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування запальних та незапальних захворювань підшлункової залози», 0117U002262, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 104589. МПК A61B 17/00, A61B 17/94 (2006.1) . Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту / Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Горлач А.І., Коваленко А.П., Цимбалюк Р.С.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201507157; заявл. 17.07. 2015; опубл. 12.02.2016. Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту передбачає ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки. Через просвіт катетера в панкреатичну протоку встановлюється провідник і по ньому за загальноприйнятою методикою виконується стентування панкреатичної протоки стентом діаметром 7 Fr що має антирефлюксний клапан. Через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту, стент головної панкреатичної протоки видаляється, при наявності холедохолітіазу виконується ендоскопічна папілосфінкетротомія.
8. Запропонований спосіб дає можливість ліквідувати панкреатичну та біліарну гіпертензію та розірвати патогенетичну ланку запуску аутолітиичних процесів у підшлунковій залозі у хворих на гострий біліарний панкреатит.
9. Дуоденоскоп.

10. Гострий біліарний панкреатит в перші 24 години захворювання.
11. Парафатеріальний дивертикул.
12. Шлунково-кишкові кровотечі с папілотомної рани, перфорація дванадцятипалої кишки, міграція стента.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59 б; тел. (044) 524-59-42.
14. Київський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків імені В.С. Земскова.
15. Дронов О.І. (0444677999), Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Коваленко А.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С.

Реєстр. № 366/6/19 1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АРОЗИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФІКОВАНОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ.

2. НДР «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування запальних та незапальних захворювань підшлункової залози», 0117U002262, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 104125. МПК А61В 17/00, А61Р 1/18 (2006.1) . Спосіб профілактики арозивних ускладнень при гострому інфікованому некротичному панкреатиті / Дронов О.І., Ковальська І.О., Горлач А.І., Добуш Р.Д., Задорожня К.О.; заявник і патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. - № u201507145; заявл. 17.07.2015; опубл. 12.01.2016. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб профілактики арозивних ускладнень при гострому інфікованому некротичному панкреатиті передбачає виконання лапаротомії, розкриття сальникової сумки та некросеквестректомії за стандартною методикою, якщо після видалення некрозів об'єм кукси дистальної частини підшлункової залози становить 5 см^3 виконують її кріоабляцію. Кріовплив здійснюють апаратом «КРІО-ПУЛЬС» прямим контактним способом, шляхом накладання кріоаплікатора на передню поверхню кукси підшлункової залози. Температуру аплікатора встановлюють в діапазоні - 185-190^0 С, час одноразового впливу - 4-5 хвилин (використовують одноразові цикли заморожування), діаметр кріоаплікатора 20-30 мм. Кріовплив здійснюють з 2-4 зон, з використанням спонтанного відтаювання. Після кріодеструкції кукси дистальної частини підшлункової залози до даної зони встановлюють двохпросвітний дренаж.
8. Запропонований спосіб дає можливість запобігти розвитку арозивних внутрішньочеревних кровотеч, шляхом руйнування функціонуючої панкреатичної паренхіми «малої» (площа 5 см^3 та менше) дистальної частини кукси підшлункової залози, з метою запобігання продукції панкреатичного соку, що контактує з навколопанкреатичними тканинами, викликає їх аутоліз та сприятиме розвитку арозії судин заочеревинної клітковини.
9. Операційне та анестезіологічне забезпечення, апарат «КРІО-ПУЛЬС».
10. Гострий інфікований некротичний трансмуральним субтотальньїй панкреатит з наявністю «малої» (5 см^3 та менше) залишкової функціонуючої дистальної частини підшлункової залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1. м. Київ, просп. Голосіївський, 59 б; 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., Добуш Р.Д., Задорожня К.О.

Реєстр. № 367/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ.

2. НДР «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування запальних та незапальних захворювань підшлункової залози», 0117U002262, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 1+,А.
5. Патент України на корисну модель № 104077. МПК A61B 17/00, A61M 39/00. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту / Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., КоваленкоА.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С., Насташенко О.І. - № u201506820; заявл. 10.07.2015; опубл. 12.01.2016. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гострого біліарного панкреатиту включає усунення біліарної та панкреатичної гіпертензії в ранні терміни захворювання, шляхом транспапілярного втручання, що передбачає встановлення стента діаметром 7 Fr у головну панкреатичну протоку та виконання ендоскопічної супрапапілярної холедоходуоденостомії. Через 2-3 тижні, після ліквідації явищ гострого панкреатиту стент видаляють.
8. Запропонований спосіб дає можливість виконати адекватну мінітравматичну декомпресію головної панкреатичної протоки з попередженням рефлюксу дуоденального вмісту у жовчні шляхи та головну панкреатичну протоку, що попередить розвиток холангітута зменшить ризик розвитку інфікованого некротичного панкреатиту.
9. Хірургічне відділення.
10. Гострий біліарний панкреатит в перші 24 години захворювання.
11. Парафатеріальний дивертикул.
12. Шлунково-кишкові кровотечі с папілотомної рани, перфорація дванадцятипалої кишки, міграція стента.
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. (0444677999), Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Коваленко А.П., Горлач А.І., Цимбалюк Р.С.

Реєстр. № 368/6/19 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ.

2. НДР «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування хірургічної патології органів черевної порожнини та кровообігу», 0118U100439, 2019-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135693. МПК A61B 17/00. Спосіб хірургічного лікування біліарного панкреатиту / Колосович І.В., Ганоль І.В. - № u201901443; заявл. 13.02.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб включає введення дуоденоскопу в дванадцятипалу кишку, ретроградне проведення папілотома через устя ампули великого дуоденального сосочка,

розсікання у верхньому напрямку, на 11 годин за циферблатом, його стінки і стінки термінального відділу холедоха на довжину 0,8-1,5 см. Попередньо через зовнішній дренаж холедоха, встановлений інтраопераційно у нисхідному напрямку через куксу міхурової протоки, вводять гнучкий холедохоскоп, і всі етапи папілотомії виконують під контролем холедохоскопії.

8. Використання запропонованого способу дозволяє здійснити контроль за введенням та установкою папілотому точно в просвіт термінального відділу холедоху, підвищити точність всіх маніпуляцій, знизити ризик розвитку гострого панкреатиту, ушкодження ДПК та виникнення заочеревиної флегмони.
9. Дуоденоскоп, папілотом, гнучкий холедохоскоп.
10. Біліарний панкреатит.
11. Немає.
12. Травмування головної панкреатичної протоки та розвиток гострого панкреатиту, перфорації стінки дванадцятипалої кишки з розвитком перитоніту або заочеревинної флегмони.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії № 2, м. Київ, б-р Т. Шевченка, 17.
14. Немає.
15. Колосович І.В., Ганоль І.В. (067698 8617).

Реєстр. № 369/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕМІСІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ПІСЛЯ ДВОЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ.

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. Немає.
6. Немає.
7. Модель прогнозування ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після виконання лапароскопічного шлункового шунтування за показником передопераційного рівня С-пептиду має високу прогностичну характеристику, AUC = 0,84 (95%ДІ:0,69-0,93), ВШ = 0,23 (95%ДІ:0,08-0,67). При рівні С-пептиду <3,7 нг/мл прогнозується висока імовірність ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після операції, при рівні С-пептиду >3,7 нг/мл прогноз сприятливий. Чутливість тесту складає 93,3% (95%ДІ:68,1-99,8), специфічність - 75,9% (95%ДІ:56,5-89,7), PPV = 66,7% (95%ДІ:50,8-79,5) %, NPV = 95,7% (95%ДІ:76,6-99,3) %.
8. Для прогнозування ймовірності ремісії ЦД 2 типу після шлункового шунтування використовуюсь шкалу DiaRem, що запропонована Still C.D. et al. (2014). Вона враховує наступні фактори: вік, рівень гліколізованого гемоглобіну (HbA1c), застосування інсуліну та цукрознижуючих препаратів. Перевага нашої наукової продукції полягає у застосуванні прогнозування ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після виконання лапароскопічного шлункового шунтування за показником передопераційного рівня С-пептиду. Проведений аналіз свідчить про високу прогностичну характеристику тесту прогнозування ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після операції для рівня С- пептиду, AUC = 0,84 (95%ДІ:0,69-0,93), що свідчить про «дуже добру» якість моделі). При зростанні рівня С-пептиду до операції на 1 нг/мл шанси недосягнення

ремісії зменшуються (p = 0,007) у 4 рази, ВШ = 0,23 (95%ДІ:0,08-0,67). Для трьох інших значимих показників прогностичні характеристики є гіршими. Для вибору оптимального порогу тесту прогнозування ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після операції за вихідним рівнем С-пептиду було використано оптимізацію тесту за Youden Index, критичний поріг С-пептиду = 3,7 нг/мл. При рівні С-пептиду <3,7 нг/мл прогнозується висока імовірність ризику недосягнення повної ремісії ЦД 2 типу через 12 місяців після операції, при рівні С- пептиду >3,7 нг/мл прогноз сприятливий.

9. Визначення С-пептиду у венозній крові.
10. Прогнозування настання ремісії цукрового діабету 2 типу при двоетапному хірургічному лікуванні хворих на морбідне ожиріння.
11. Технічна неможливість визначення С-пептиду у венозній крові.
12. Дуже рідко можливі помилки, пов'язані з проведенням процедури визначення С- пептиду у венозній крові.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Іоффе О.Ю., Діброва Ю.А., Цюра Ю.П., Кривопустов М.С. (0663916946).

Реєстр. № 370/6/19 1. СПОСІБ МАРКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНО УРАЖЕНИХ ЛІМФОВУЗЛІВ ШИЇ ТА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЇХ ПІД ЧАС ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ.

2. НДР «Прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень в хірургічному лікуванні захворювань щитоподібної, прищитоподібних та надниркових залоз для скорочення термінів перебування пацієнтів у стаціонарі».
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель. МПК A61B 8/08, A61K 31/00, A61B 17/00. Спосіб маркування метастатично уражених лімфовузлів шиї та ідентифікація їх під час оперативного втручання / Квітка Д.М., Стоцька Л.В.
6. Немає.
7. Доопераційне введення певної кількості 1% метиленового синього в зону ураження з подальшою ідентифікацією за синім кольором та видаленням, згідно з даною корисною моделлю, за 24 години перед операцією, хворому під контролем УЗД виконують ТАПБ лімфатичного вузла шиї та вводять 0,1 мл розчину метиленового синього безпосередньо в тканину лімфовузла з подальшою, під час дисекції, ідентифікацією та радикальним видаленням.
8. Застосування способу дозволяє значно зменшити частоту післяопераційних ускладнень при виконанні повторних дисекцій шиї. Доопераційне маркування лімфатичних вузлів, уражених метастазами раку щитоподібної залози, полегшує їх ідентифікацію під час операції. Медична ефективність - поліпшення діагностування метастазів дозволить своєчасно проводити необхідну терапію; соціальна ефективність - у разі своєчасної діагностики і лікування поліпшиться соціальна та психологічна адаптація пацієнтів; економічна ефективність - зменшення витрат з бюджету та власних коштів батьків на лікування.
9. Лікар УЗД, УЗ-сканер з лінійним датчиком 5-10 МГц, шприц 2 мл з голкою 10-14 G 40 мм, розчин барвника (1% метиленового синього), 96% етанол.
10. Іоднегативні поодинокі метастази раку щитоподібної залози.
11. Наявність алергії до метиленового синього.
12. Помилкове забарвлення оточуючих структур при надлишковому введенні барвника в лімфовузол.

13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України. 01010, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А.
14. Немає.
15. Квітка Д.М., Стоцька Л.В. (0445600256).

Реєстр. № 371/6/19 1. СПОСІБ ТОРАКОСКОПІЧНОГО УШИВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН ДІАФРАГМИ.

2. НДР «Комплексна діагностика і лікування ушкоджень (холодових, вогнепальних та інших) м'яких тканин людини в умовах локальних бойових дій», 0119U101371, 2019-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135878. МПК (2019.01) A61B 17/00. Спосіб торакоскопічного ушивання вогнепальних ран діафрагми / Хоменко І.П., Шипілов С.А., Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № u201901128; заявл. 04.02.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб торакоскопічного ушивання вогнепальних ран діафрагми, який здійснюють шляхом накладання швів, згідно з корисною моделлю ушивання рани діафрагми здійснюють нерозсмоктуваним атравматичним шовним матеріалом з використанням однорядного вузлового шва Донатті через два тефлонових пледжети, які розташовані по краях рани, яка ушивається.
8. Дозволяє покращити результати лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями діафрагми, а саме уникнути обмеження рухомості діафрагми, забезпечити стійку біологічну герметичність у зоні пластики та уникнути розвитку неспроможності в післяопераційному періоді.
9. Нерозсмоктуючий атравматичний шовний матеріал, тефлонові пледжети.
10. Практична діяльність лікаря хірурга при проведенні торакоскопічного ушивання вогнепальних ран діафрагми.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Немає.
15. Хоменко І.П., Шипілов С.А., Михайлусов Р.М. (0677593334), Негодуйко В.В. (0504523273).

Реєстр. № 372/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ М'ЯКИХ ТКАНИН.

2. НДР «Фізичні методи лікування в комплексній терапії ускладнених ран», 0117U000372, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 114454. МПК (2017.01) A61B 10/00. Спосіб визначення життєздатності м'яких тканин / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В., Ромаєв С.М., Татарець А.Л., Семенова О.М., Коваленко Н.О.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № u201509367; заявл. 29.09.2015; опубл. 25.03.2016. Бюл. № 6.

6. Немає.
7. Спосіб визначення життєздатності м'яких ранових тканин включає фарбування м'яких ранових тканин розчином барвника, витримування та візуальне оцінювання їх стану по ступеню забарвлення. Як барвник використовують фотосенсибілізатор «Фотолон», фарбування м'яких ранових тканин здійснюють локально, нанесенням розчину барвника на їх поверхню, після чого здійснюють опромінення випромінюванням з довжиною хвилі, що збуджує фотолюмінесценцію розчину барвника, при цьому життєздатні тканини флюоресціюють яскраво-рожевим кольором, нежиттєздатні тканини не флюоресціюють.
8. Використання способу надає більш якісно та ретельно виявити нежиттєздатні тканини, виставити чіткі та об'єктивні показання і більш тканинозберігаюче провести хірургічні обробки ран, з мінімальним пошкодженням життєздатних тканин, мінімізувати лікарські помилки, зменшити термін лікування поранених.
9. Апарат лазерний терапевтичний «Ліка-терапевт М», препарат фотосенсибілізатор «Фотолон».
10. Практична діяльність лікаря хірурга при проведенні визначення життєздатності м'яких тканин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Немає.
15. Михайлусов Р.М. (0677593334), Негодуйко В.В. (0504523273), Ромаєв С.М., Татарець А.Л., Семенова О.М., Коваленко Н.О.

Реєстр. № 373/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ РАНИ ДО ЗАКРИТТЯ.

2. НДР «Фізичні методи лікування в комплексній терапії ускладнених ран», 0117U000372, 2017-2019 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 114488. МПК (2017.01) A61B 10/00, G01N 33/48 (2006.1) , G01N 21/00, A6Ш 5/00. Спосіб визначення готовності рани до закриття / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В., Губіна-Вакулик Г.І., Овчаренко Ю.С.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № a201609465; заявл. 12.09.2016; опубл. 10.03.2017. Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Спосіб визначення готовності рани до закриття шляхом оцінки кровообігу ранової поверхні. Визначення кровообігу ранової поверхні здійснюють шляхом прямої інтраранової цифрової капіляроскопії на збільшенні 60х, у режимі дослідження капілярних судин з використанням поляризації. При наявності ознак достатнього кровообігу у сумнівних ділянках ранової поверхні визначають ширину 5 найменших капілярів сумнівної ділянки, при ширині кожного з видимих капілярів 0,007 мм та більше приймають рішення про можливість закриття рани.
8. Використання в способу дозволяє покращити результати лікування ран та скоротити термін загоєння ран.
9. Пристрій оптико-діагностичний «GreenLight» з програмним забезпеченням.
10. Практична діяльність лікаря хірурга при визначенні готовності рани до закриття.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Немає.
15. Михайлусов Р.М. (0677593334), Негодуйко В.В., Губіна-Вакулик Г.І., Овчаренко Ю.С.

Реєстр. № 374/6/19 1. СПОСІБ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ТА ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПОРОЖНИНИ.

2. НДР «Комплексна діагностика і лікування ушкоджень (холодових, вогнепальних та інших) м'яких тканин людини в умовах локальних бойових дій», 0119U101371, 2019-2021 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135916. МПК (2019.01) А61В 1/00, А6Ш 5/01, А6Ш 5/00. Спосіб відеоендоскопічної лазерної візуалізації внутрішніх органів черевної та плевральної порожнини / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. - № u201901411; заявл. 12.02.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб відеоендоскопічної лазерної візуалізації внутрішніх органів черевної та плевральної порожнини здійснюють шляхом введення насадки в один з ендоскопічних портів та послідовного огляду черевної та плевральної порожнини та органів з опромінюванням з довжиною хвилі, яка відповідає червоному (660 нм) спектрам. Додатково здійснюють опромінюванням з довжиною хвилі, яка відповідає зеленому (525 нм) та синьому (405 нм) спектрам лазерного опромінювання, проводять візуальне обстеження порожнин, та за необхідністю лікувальні маніпуляції.
8. Застосування способу дозволяє чітко візуально визначити місце розташування і розміри сторонніх тіл, судин, пухлинних утворень м'яких тканин, виробити подальшу хірургічну тактику, підвищити якість діагностики і подальшого хірургічного лікування.
9. Апарат лазерний терапевтичний «Ліка-терапевт М».
10. Практична діяльність лікаря хірурга при проведенні ревізії внутрішніх органів черевної та плевральної порожнини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.
14. Немає.
15. Михайлусов Р.М. (0677593334), Негодуйко В.В. (0504523273).

Реєстр. № 375/6/19 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАНССФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ.

2. НДР «Розробка хірургічних технологій діагностики і лікування захворювань та травм органів травної системи із використанням гібридних (відкритих та мініінвазивних) операцій», 0119U002909, 2019-2023 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 136689. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування транссфінктерних нориць прямої кишки / Криворучко І.А., Фірсик ТМ., Гончарова Н.М., Пархоменко К.Ю., Божко О.П., Свірепо П.В., Ажгібесов К.А., Гольцев К.А.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201902938; заявл. 25.03.2019; опубл. 27.08.2019. Бюл. № 16.
6. Спосіб хірургічного лікування транссфінктерних нориць прямої кишки включає виконання операції LIFT. В норицевий канал вводять ґудзиковий зонд та виділяють дистальну частину норицевого ходу без його пошкодження до сфінктера. Потім через внутрішній отвір нориці вводять другий зонд на всю його довжину, фіксують норицевий хід на зонді, вивертають його без пошкоджень у просвіт прямої кишки та перев'язують якомога ближче до слизової кишки з попереднім додатковим кюретажем норицевого ходу.
7. Спосіб хірургічного лікування транссфінктерних нориць прямої кишки, який включає виконання операції LIFT. В норицевий канал вводять ґудзиковий зонд та виділяють дистальну частину норицевого ходу без його пошкодження до сфінктера. Потім через внутрішній отвір нориці вводять другий зонд на всю його довжину, фіксують норицевий хід на зонді, вивертають його без пошкоджень у просвіт прямої кишки та перев'язують якомога ближче до слизової кишки з попереднім додатковим кюретажем норицевого ходу.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування хворих з норицями прямої кишки та зменшення кількості післяопераційних ускладнень у цієї категорії пацієнтів. Соціальні - покращення якості життя даної категорії хворих. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування хворих з норицями прямої кишки за рахунок зниження кількості ліжко-днів.
9. Операційна, лікар хірург-проктолог.
10. Нориці прямої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Фірсик Т.М. (0977056250), Гончарова Н.М., Пархоменко К.Ю., Божко О.П., Свірепо П.В., Ажгібесов К.А., Гольцев К.А.

Реєстр. № 376/6/19 1.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

2. НДР «Розробка хірургічних технологій діагностики і лікування захворювань та травм органів травної системи із використанням гібридних (відкритих та мініінвазивних) операцій», 0119U002909, 2019-2023 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135760. МПК А61В 17/00. Спосіб лікування нориць прямої кишки / Криворучко І.А., Кункін Д.Д., Пархоменко К.Ю., Гончарова Н.М., Фірсик Т.М., Божко О.П., Сивожелізов А.В., Лавриненко Р.М., Сикал М.О.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201901945; заявл. 26.02.2019; опубл. 10.07.2019. Бюл. № 13.
6. Спосіб лікування нориць прямої кишки, який включає виконання операції LIFT, який відрізняється тим, що при виділенні нориці між сфінктерами прямої кишки проводять електрозварювання нориці за допомогою високочастотного електрозварювального апарата Патонмед ЕК-300М1 в режимі автозварювання

поступово кожні 2 см у напрямку до внутрішнього і зовнішнього отвору протягом 23 сек.

7. Спосіб лікування нориць прямої кишки, який включає виконання операції LIFT, який відрізняється тим, що при виділенні нориці між сфінктерами прямої кишки проводять електрозварювання нориці за допомогою високочастотного електрозварювального апарата Патонмед ЕК-300М1 в режимі автозварювання поступово кожні 2 см у напрямку до внутрішнього і зовнішнього отвору протягом 23 сек.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування хворих з норицями прямої кишки та зменшення кількості післяопераційних ускладнень у цієї категорії пацієнтів. Соціальні - покращення якості життя даної категорії хворих. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування хворих з норицями прямої кишки за рахунок зниження кількості ліжко-днів.
9. Операційна, лікар хірург-проктолог, апарат Патонмед ЕК-300М1.
10. Нориці прямої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Кункін Д.Д., Пархоменко К.Ю., Гончарова Н.М., Фірсик Т.М. (0977056250), Божко О.П., Сивожелізов А.В., Лавриненко Р.М., Сикал М.О.

Реєстр. № 377/6/19

1. СПОСІБ ВИБОРУ ОБ'ЄМУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ І ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ УСКЛАДНЕНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.
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 № 130719. МПК G01N 33/49. Спосіб вибору об'єму оперативного втручання і прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень у хворих з гострими ускладненими псевдокістами підшлункової залози / Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Арсен'єв О.В., Свірепо П.В., Супліченко М.В., Паюнов К.Є., Дроздова А.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201805859; заявл. 25.05.2018; опубл. 26.12.2018. Бюл. № 24.
6. Спосіб виконується шляхом використання агломеративної змінної «наслідок лікування», що включає в себе показники: «кількість ліжко-днів» та «ускладнення»; прогноз результату лікування для кожного виду операцій визначається як класифікаційними функціями так і значенням прогностичної функції: чим більше її значення, тим більше ймовірність розвитку того чи іншого наслідку лікування. The method is performed using an agglomerative variable «consequence of treatment», which includes indicators: «number of bed days» and «complications»; the prognosis of the treatment outcome for each type of surgery is defined as the classification functions and the value of the prognostic function: the greater its value, the greater the likelihood of the development of one or another consequence of treatment.

7. Спосіб вибору об'єму оперативного втручання і прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень у хворих з гострими ускладненими псевдо кістами підшлункової залози, який включає стандартне обстеження стану хворого та дослідження показників крові, який відрізняється тим, що вибір об'єму оперативного втручання і прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих з приводу гострих ускладнених псевдокіст підшлункової залози, здійснюють шляхом оцінки 12 доопераційих показників: вік, наявність жовтяниці, слабкість, лихоманка, втрата маси тіла, диспепсія, рівень лейкоцитів, гемоглобіну, білірубіну, білка, амілази, розмір псевдокісти, після чого розраховують класифікаційні функції за формулами: Y_1 кл = - 71,8+2,02 х «білок» - 0,303 х «лейкоцити»; Y_2 кл = - 59+1,76 х «білок» + 0,29 х «лейкоцити», та належність хворого до одного із двох кластерів визначають за більшим значенням класифікаційної функції; при належності хворого до першого кластера хворому виконують лапаротомію, при належності хворого до другого кластера хворому виконують мініінвазивне втручання; ймовірність ранніх післяопераційних ускладнень хворого прогнозують на основі розробленої агломеративної змінної - наслідок лікування.
8. Медичні - розробка нових доступних та інформативних методів прогнозування перебігу гострих ускладнених псевдокіст підшлункової залози. Соціальні - покращення якості життя хворого шляхом діагностичних стратегій. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого на гострі ускладнені псевдокісти підшлункової залози за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Реактиви для визначення рівнів загального білка та лейкоцитів у сироватці крові, пробірки, лікар-лаборант.
10. Гострі ускладнені псевдокісти підшлункової залози.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Національний фармацевтичний університет, кафедра фармакоінформатики. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53.
15. Криворучко І.А., Гончарова Н.М. (0506181181), Тесленко С.М., Арсен'єв О.В., Свірепо П.В., Супліченко М.В., Паюнов К.Є., Дроздова А.Г.

Реєстр. № 378/6/19 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕННЯ ТОНКОЇ КИШКИ З РОЗВИТКОМ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ.

2. НДР «Розробка хірургічних технологій діагностики і лікування захворювань та травм органів травної системи із використанням гібридних (відкритих та мініінвазивних) операцій», 0119U002909, 2019-2023 рр.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 135117. МПК A61B 5/02, G01N 33/50. Спосіб ранньої діагностики пошкодження тонкої кишки з розвитком ентеральної недостатності при панкреонекрозі / Криворучко І.А., Бойко В.В., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Пархоменко К.Ю., Сивожелізов А.В., Паюнов К.Є., Супліченко М.В., Дроздова А.Г.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № u201901384; заявл. 11.02.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Спосіб ранньої діагностики пошкодження тонкої кишки з розвитком ентеральної недостатності при панкреонекрозі, що включає визначення рівня кишкового білка, що зв'язує жирні кислоти (I-FABP) та перфузійного тиску (APP) у черевній

порожнині при госпіталізації хворого, через 24 години та через 48 годин після комплексного лікування із наступним розрахунком коефіцієнту пошкодження травного тракту (AGIR). A method for early diagnosis of small intestine injury with development of enteric insufficiency in pancreatic necrosis, including determination of intestinal fatty acid binding protein (I-FABP) and perfusion pressure (APP) in the abdominal cavity at hospitalization, after 24 hours and after 48 hours after complex treatment followed by the calculation of the Acute Gastrointestinal Injury Ratio (AGIR).

7. Спосіб ранньої діагностики пошкодження тонкої кишки з розвитком ентеральної недостатності при панкреонекрозі, що включає визначення рівня кишкового білка, що зв'язує жирні кислоти (I-FABP) та перфузійного тиску (APP) у черевній порожнині при госпіталізаціїї хворого, через 24 години та через 48 годин після комплексного лікування із наступним розрахунком коефіцієнту пошкодження травного тракту (AGIR). При AGIR більше 30% прогнозується пошкодження тонкої кишки із розвитком ентеральної недостатності.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування хворих на гострий панкреатит та зменшення кількості післяопераційних ускладнень у цієї категорії пацієнтів. Соціальні - покращення якості життя у хворих на гострий панкреатит. Економічні - скорочення фінансових витрат на лікування 1 хворого із гострим панкреатитом за рахунок зниження кількості післяопераційних ускладнень та летальності.
9. Операційна, лікар-хірург, лаборант, кров хворого, реактиви для визначення рівня I- FABP у крові, сечовий катетер Фолея.
10. Гострий панкреатит.
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., Тесленко С.М., Пархоменко К.Ю., Сивожелізов А.В., Паюнов К.Є., Супліченко М.В., Дроздова А.Г. (0667852072).

ХІРУРГІЯ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН Реєстр. № 379/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.

2. НДР «Наукове обґрунтування критеріїв ефективності реваскуляризації міокарда у пацієнтів з ішемічною хворобою серця».
3. Кардіологія, кардіохірургія
4. 2++,C.
5. Патент України на корисну модель № 131832. МПК A61B 5/02 (2006.01), A61B 5/0205 (2006.01), A61B 8/00, G01N 33/48 (2006.01), A61K 31/00, A61P 9/00. Спосіб оцінки ризику розвитку ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця / Єпачінцева О.А. - № u201811146; заявл. 12.11.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ризику розвитку ранніх ускладнень після аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця включає проведення клініко-інструментального обстеження, статистичного аналізу, виявлення предикторів. Додатково враховують вплив періопераційної

медикаментозної терапії, а як незалежні предиктори використовують періопераційний прийом статинів та враховують ступінь тяжкості ЦД.

8. Удосконалюються відомі способи виявлення факторів, що впливають на ранні ускладнення кардіохірургічних втручань шляхом додаткової оцінки впливу періопераційної медикаментозної терапії.
9. Клініко-інструментальне обстеження, статистичний аналіз.
10. Пацієнти зі стабільною ішемічною хворобою серця.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Єпачінцева О.А.

Реєстр. № 380/6/19 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПЕРЕД ПЛАНОВОЮ ХІРУРГІЧНОЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЄЮ.

2. НДР «Наукове обґрунтування критеріїв ефективності реваскуляризації міокарда у пацієнтів з ішемічною хворобою серця».
3. Кардіологія, кардіохірургія
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 131833. МПК A61B 5/0205 (2006.01), A61B 8/00, G01N 33/00. Спосіб оцінки дисфункції лівого шлуночка перед плановою хірургічною реваскуляризацією / Єпанчінцева О.А., Міхалєв К.О., Жарінов О.Й., Тодуров Б.М. - № u201811147; заявл. 12.11.2018; опубл. 25.01.2019. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) перед плановою хірургічною реваскуляризацією включає проведення ряду стандартних клініко-інструментальних досліджень, аналізу отриманих результатів. Показники: частота фонового застосування антагоністів альдостерону, частота виявлення пацієнтів з відсутністю регургітації на мітральному (МК) і трикуспідальному клапанах, частота виявлення регургітації на МК II/III ступенів, середній показник систолічного тиску у легеневому стовбурі, а також частота виявлення аневризми ЛШ при коронаровентрикулографії, зазначають як такі, що характерні «проміжній» зоні фракції викиду ЛШ 40-49, і враховують при виборі оптимального методу реваскуляризації міокарда.
8. Розробка дозволяє визначити клінічні характеристики пацієнтів зі стабільною ІХС характерних СНпрФВ.
9. Клініко-інструментальні дослідження.
10. Пацієнти з дисфункцією лівого шлуночка та стабільною ішемічною хворобою серця.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Єпанчінцева О.А., Міхалєв К.О., Жарінов О.Й., Тодуров Б.М.

Реєстр. № 381/6/19

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ФОРМУВАННЯ НЕОКОМІСУР ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОЗАКІ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів хірургічного лікування хворих з патологією аортального клапана та кореня аорти».
3. Кардіохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 133182. МПК A61B 17/00. Спосіб оптимізації формування неокомісур під час проведення операції Озакі / Аксьонова І.О., Тодуров Б.М., Дудко О.М., Мокрік І.Ю., Амалян Л.В., Галамай І.В. - № u201810513; заявл. 25.10.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб оптимізації формування неокомісур при проведенні хірургічної операції Озакі включає проведення реконструкції стулок аортального клапана. Проводять накладання додаткових проленових швів, зближуючи між собою нові стулки на рівні нового синотубулярного з'єднання.
8. Перевага цієї модифікації полягає в кращій кооптації неостулок аортального клапана під час діастоли, тобто зменшує його можливу некомпетентність.
9. Хірургічне обладнання.
10. Хворі з патологією аортального клапана та кореня аорти, реконструкція стулок аортального клапана.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Аксьонова І.О., Тодуров Б.М., Дудко О.М., Мокрік І.Ю., Амалян Л.В., Галамай І.В.

Реєстр. № 382/6/19 1. СПОСІБ МОДИФІКАЦІЇ ФОРМУВАННЯ НЕОСТУЛОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЇ ОЗАКІ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів хірургічного лікування хворих з патологією аортального клапана та кореня аорти».
3. Кардіохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 133183. МПК A61B 17/00. Спосіб модифікації формування неостулок аортального клапана при проведенні операції Озакі / Аксьонова І.О., Тодуров Б.М., Дудко О.М., Мокрік І.Ю., Сагура С.М., Сакалов В.В. - № u201810514; заявл. 25.10.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Спосіб оптимізації формування неостулок при проведенні хірургічної операції Озакі включає проведення реконструкції стулок аортального клапана. Проводять секторальне висічення частини стулки таким чином, щоб довжина півкола стулки стала меншою, причому розрахунок розміру сектора висічення залежить від ширини та висоти стулки, яка відповідає номограмі.
8. Таке виконання зменшує складчастість під час пришивання стулок до аорти.
9. Хірургічне обладнання.
10. Хворі з патологією аортального клапана та кореня аорти, реконструкція стулок аортального клапана.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Аксьонова І.О., Тодуров Б.М., Дудко О.М., Мокрік І.Ю., Сагура С.М., Сакалов В.В.

Реєстр. № 383/6/19

1. СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ КОРЕКЦІЇ ГІПОПЛАЗІЇ ДУГИ АОРТИ У ДІТЕЙ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ.
2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Анестезілогія, кардіохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на винахід № 119014. МПК A61B 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., Тодуров Б.М. - № a201712183; заявл. 11.12.2017; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб проведення ізольованої церебральної перфузії при операціях корекції гіпоплазії дуги аорти, у якому, після виконання доступу через серединну стернотомію, підключають апарат штучного кровообігу (ШК) за схемою «аорта- порожнисті вени», розпочинають охолодження хворого, перетискують висхідну аорту, прокачують кардіоплегію, виконують «циркуляторний арешт». Церебральну перфузію проводять у дітей та новонароджених, проводять охолодження хворого до +24°С, армовану аортальну канюлю проводять в брахіоцефальний стовбур, обтискають її турнікетом і виконують ізольовану церебробрахіальну перфузію, при цьому об’ємну швидкість перфузії встановлюють у межах 9-11% від розрахункового індексу перфузії, швидкість церебрального кровотоку забезпечують продуктивністю апарата штучного кровообігу, яку встановлюють виходячи з рівня артеріального тиску, вимірюваного на правій променевій артерії, та підтримують його в межах 2025 мм рт. ст., і від насичення кисню в лобних долях головного мозку, рівень якого вимірюють за допомогою церебрального оксиметра, підтримуючи дані показники в межах від 67 % до 80 %; на етапі охолодження, відповідно до температури, виконують зниження FiO2 газової суміші до 30 %, підтримуючи рівень pO2 венозної крові в межах 40-45 мм рт. ст., а pCO2 - на рівні 30-35 мм рт. ст.
8. Перевагами є, в першу чергу, забезпечення адекватного кровопостачання головного мозку з підтриманням необхідного метаболізму центральної нервової системи, завдяки чому, забезпечується зниження летальності під час проведення операцій, забезпечується зниження післяопераційної летальності, забезпечується зменшення вірогідності виникнення неврологічних ускладнень у відстроченому періоді.
9. Хірургічне обладнання.
10. Діти та новонароджені з гіпоплазією дуги аорти.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров’я України».
14. Немає.
15. Лоскутов О.А., Дружина О.М., Костюкова М.О., Тодуров Б.М.

Реєстр. № 384/6/19 1. СПОСІБ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ МІОКАРДА ПРИ ОПЕРАЦІЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Анестезіологія, кардіохірургія.
4. 2++,C.

5. Патент України на корисну модель № 133605. МПК А61В 17/00. Спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування / Лоскутов О.А., Тодуров Б.М., Дружина О.М., Дзюба Д.О., Костюкова М.О., Харенко Ю.О. - № u201811899; заявл. 03.12.2018; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування, що проводять на зупиненому серці з використанням штучного кровообігу, та із застосуванням штучної вентиляції легень та виконанням анастомозування. Після початку штучного кровообігу (ШК) і досягнення розрахункової продуктивності апарата ШК, припиняють штучну вентиляцію легень, під ліві відділи серця підкладають електрод та низьковольтним генератором струму викликають штучну електричну фібриляцію серця частотою струму - 50 Гц, напругою струму - 12 вольт та силою струму - 25 мА, при цьому вінцеві судини перфузують природним шляхом кров'ю з оксигенатора апарата штучного кровообігу, проводять дренаж лівих відділів серця, обтискають тасьми на порожнистих венах, та при досягненні температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, без накладання затискача на аорту, розкривають просвіт коронарної артерії, в яку вставляють коронарний шунт, що відповідає внутрішньому діаметру цієї артерії, а після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії проводять зігрівання перфузату до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, дані температурні параметри підтримують протягом 34 хвилин, а потім, перед накладанням наступного анастомозу, знову охолоджують перфузат до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, а після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії знову проводять зігрівання перфузату до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, а по закінченні анастомозування всіх запланованих шунтів з коронарними артеріями, проводять зігрівання перфузату до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +33°С і температури міокарда +28°С, а після проведення деаерації шунтів і поновлення кровотоку по них, відключають штучну електричну фібриляцію й проводять дефібриляцію серця.
8. Забезпечується підвищення ефективності захисту міокарда та зниження вірогідності ускладнень при проведенні аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу
9. Хірургічне обладнання, дефібрилятор.
10. Операції аортокоронарного шунтування.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Лоскутов О.А., Тодуров Б.М., Дружина О.М., Дзюба Д.О., Костюкова М.О., Харенко Ю.О.

Реєстр. № 385/6/19 1. ФІКСУЮЧИЙ ЕЛЕМЕНТ ДЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів хірургічного лікування хворих з патологією аортального клапана та кореня аорти».
3. Кардіохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 133606. МПК А61В 17/00, А61В 17/11 (2006.1) , А61В 17/12 (2006.01). Фіксуючий елемент для кардіохірургічних операцій

/ Тодуров Б.М., Шевченко В.О., Погребняк В.В., Харенко Ю.О., Демянчук В.Б. - № u201811903; заявл. 03.12.2018; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.

6. Немає.
7. Фіксуючий елемент для кардіохірургічних операцій, що включає тонку нитку з гнучкого матеріалу. Фіксуючий елемент додатково містить пластину, в якій через отвори в ній зазначену нитку з гнучкого матеріалу проведено таким чином, щоб обидві ділянки нитки з гнучкого матеріалу знаходилися з однієї бічної поверхні пластини, а також через два отвори у пластині проведені дві ділянки другої нитки таким чином, щоб обидві ділянки другої нитки з гнучкого матеріалу знаходилися з тієї ж самої бічної поверхні пластини, а на обох кінцях обох ниток з гнучкого матеріалу прикріплені голки для прошивання.
8. Досягається надійна фіксація протеза клапана всередині аорти, також надійна і безпечна фіксація судинного протеза при бандажуванні назовні аорти, суттєво знижується ризик пошкодження стінки висхідної аорти з наступною кровотечею та скорочується термін хірургічного втручання.
9. Хірургічне обладнання.
10. Хворі з патологією аортального клапана та кореня аорти.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров’я України».
14. Немає.
15. Тодуров Б.М., Шевченко В.О., Погребняк В.В., Харенко Ю.О., Демянчук В.Б.

Реєстр. № 386/6/19 1. СПОСІБ ФІКСАЦІЇ СУДИННОГО ПРОТЕЗА ПРИ БАНДАЖУВАННІ ВИСХІДНОЇ АОРТИ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів хірургічного лікування хворих з патологією аортального клапана та кореня аорти».
3. Кардіохірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 133607. МПК A61B 17/00, A61B 17/11 (2006.1) , A61B 17/12 (2006.01). Спосіб фіксації судинного протеза при бандажуванні висхідної аорти / Тодуров Б.М., Шевченко В.О., Погребняк В.В., Харенко Ю.О., Демянчук В.Б. - № u201811904; заявл. 03.12.2018; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб фіксації судинного протеза при бандажуванні висхідної аорти включає виконання доступу до серця шляхом серединної стернотомії, поперекове перетискання і розріз висхідної аорти, проведення фармакохолодової кардіоплегії, видалення патологічно зміненого аортального клапана, імплантацію штучного протеза аортального клапана з одночасною фіксацією проксимальної частини розрізаного вздовж судинного протеза в межах некоронарної стулки аортального клапана і наявних комісур, відновлення цілісності аорти шляхом її ушивання, відновлення серцевої діяльності, відновлення цілісності судинного протеза шляхом його зшивання вздовж лінії попереднього розрізу або за рахунок вшивання додаткової латки відповідно до бажаного діаметра, фіксацію дистальної частини судинного протеза в межах висхідної аорти. Перед основним етапом оперативного втручання виготовляють необхідну кількість подвійних фіксуючих швів, які формують із плетеної нитки товщиною 0,1-0,5 мм довжиною в межах 65-85 см з двома колючо-ріжучими голками довжиною 17 мм і штучною прокладкою з синтетичного матеріалу розмірами 6 х 3 х 1,5 мм, через яку додатково проводять

монофіламентну нитку товщиною 0,10-0,25 мм довжиною в межах 65-85 см з двома колючими голками довжиною 13 мм, причому обидві нитки проводять таким чином, щоб вони розташувалися по один бік прокладки, а під час оперативного втручання першою плетеною ниткою виконують фіксацію протеза клапана всередині аорти, а другою монофіламентною ниткою виконують фіксацію судинного протеза при бандажуванні його назовні аорти.

8. Переваги способу: фіксація проксимальної частини судинного протеза проводиться за допомогою судинного шовного матеріалу; усувається ризик пошкодження стінки аорти; усувається ризик виникнення масивної кровотечі з аорти в місці фіксації протеза; зменшується тривалість оперативного втручання.
9. Хірургічне обладнання.
10. Хворі з патологією аортального клапана та кореня аорти.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Тодуров Б.М., Шевченко В.О., Погребняк В.В., Харенко Ю.О., Демянчук В.Б.

Реєстр. № 387/6/19 1. СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Анестезіологія, кардіохірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 133968. МПК A61K 31/00, A61P 23/00. Спосіб анестезіологічного забезпечення при кардіохірургічних операціях у пацієнтів похилого віку / Лоскутов О.А., Данчина Т.А., Колесников В.Г., Дружина О.М., Тодуров Б.М.. - № u201811901; заявл. 03.12.2018; опубл. 25.04.2019. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб анестезіологічного забезпечення при кардіохірургічних операціях у пацієнтів похилого віку включає виконання аналгетичного, гіпнотичного та седативного впливу із застосуванням лідокаїну, кетаміну, севофлурану та фентанілу, індукцію в наркоз, потенціювання аналгезії та виведення із наркозу. Перед початком оперативного втручання внутрішньовенно вводять кетамін 0,5 мг/кг та лідокаїн 1 мг/кг болюсно, з одночасним виконанням безперервної внутрішньовенної інфузії лідокаїну у дозі 1,5-2 мг/кг/год., при цьому внутрішньовенну інфузію лідокаїну продовжують по ходу всієї операції до надходження пацієнта в палату інтенсивної терапії, а індукцію в наркоз проводять шляхом внутрішньовенного введення тіопенталу натрію в дозі 2,5±0,5 мг/кг, який вводять по 50 мг з проміжком 10-15 сек., після введення тіопенталу натрію, здійснюють потенціювання аналгезії шляхом внутрішньовенного введення фентанілу у дозі 0,7-1,6 мкг/кг і м'язовий релаксант, потім проводять інтубацію трахеї, шляхом введення трубки в трахею; підтримують анестезію шляхом інгаляції севофлурану по напівзакритому контуру; потім виконують інфузію дексмедетомідину гідрохлориду зі швидкістю інфузії 0,2-1,4 мкг/кг/год. шляхом безперервної внутрішньовенної інфузії..
8. Переваги полягають у зменшенні негативних наслідків введення опіоїдів, таких як індуковане пригнічення дихання, слабкість м'язів глотки, що сприяє розвитку обструкції дихальних шляхів пацієнта, ретенції сечопускання, післяопераційна нудота та блювота, індукованому гальмуванню рухливості кишечнику, гіпералгезії, що нерідко призводить до формування хронічного больового синдрому. Режими

застосування - лідокаїн є базовим анальгетиком. 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. Хірургічне обладнання, лідокаїн, кетамін, севофлуран, фентаніл.
10. Кардіохірургічні операції зі штучним кровообігом, хворі похилого віку.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Лоскутов О.А., Данчина Т.А., Колесников В.Г., Дружина О.М., Тодуров Б.М.

Реєстр. № 388/6/19 1. СПОСІБ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ МІОКАРДА ПРИ ОПЕРАЦІЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Анестезіологія, кардіохірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 120738. МПК А61В 17/12 (2006.01). Спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування / Лоскутов О.А., Тодуров Б.М., Дружина О.М., Дзюба Д.О., Костюкова М.О., Харенко Ю.О. - № а201811898; заявл. 03.12.2018; опубл. 27.01.2020. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування, що проводять на зупиненому серці з використанням штучного кровообігу та із застосуванням штучної вентиляції легень, та виконанням анастомозування. Після початку штучного кровообігу і досягнення розрахункової продуктивності апарата штучного кровообігу припиняють штучну вентиляцію легень, під ліві відділи серця підкладають електрод та низьковольтним генератором струму викликають штучну електричну фібриляцію серця частотою струму - 50 Гц, напругою струму - 12 вольт, та силою струму - 25 мА, при цьому вінцеві судини перфузують природним шляхом кров'ю з оксигенатора апарата штучного кровообігу, проводять дренаж лівих відділів серця, обжимають тасьми на порожнистих венах, та при досягненні температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, без накладання затискача на аорту, розкривають просвіт коронарної артерії, в яку вставляють коронарний шунт, що відповідає внутрішньому діаметру цієї артерії, а після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, дані температурні параметри підтримують протягом 34 хвилин, а потім, перед накладанням наступного анастомозу, знову охолоджують перфузат до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, а після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії знову проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, а по закінченню анастомозування всіх запланованих шунтів з коронарними артеріями проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +33°С і температури міокарда +28°С, а після проведення деаерації шунтів і поновлення кровотоку по них відключають штучну електричну фібриляцію й проводять дефібриляцію серця.

8. Забезпечується підвищення ефективності захисту міокарда та зниження вірогідності ускладнень при проведенні аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу.
9. Хірургічне обладнання, штучний кровообіг, штучна вентиляція легень.
10. Аортокоронарне шунтування.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Лоскутов О.А., Тодуров Б.М., Дружина О.М., Дзюба Д.О., Костюкова М.О., Харенко Ю.О.

Реєстр. № 389/6/19 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗІВ ВЕНОЗНИХ ШУНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.

2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Кардіологія, кардіохірургія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 140428. МПК A61B 17/00, A61M 25/00. Спосіб лікування стенозів венозних шунтів після операцій аортокоронарного шунтування / Шиманко М.В., Хохлов А.В., Стан М.В. - № u201908308; заявл. 16.07.2019; опубл. 25.02.2020. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Спосіб лікування стенозів венозних шунтів після операцій аортокоронарного шунтування включає стентування стенозованого сегмента венозного шунта. Спочатку під рентгеноскопічним контролем катетеризують вістя венозного шунта та проводять пристрій протиемболічного захисту дистальніше місця стенозу щонайменше на 15 мм, виконують позиціонування пристрою протиемболічного захисту, потім розкривають кошик-пастку пристрою протиемболічного захисту, забезпечуючи щільне прилягання його до судинної стінки, а після цього виконують предилятацію та стентування стенозованого сегмента венозного шунта.
8. Забезпечується усунення дистальної емболії мікроциркуляції, та, таким чином запобігти появі загальновідомих феноменів «noreflow» та «slowreflow», що суттєво зменшує операційні та післяопераційні ризики.
9. Хірургічне обладнання.
10. Операції аортокоронарного шунтування.
11. Немає.
12. Не спостерігались.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Шиманко М.В., Хохлов А.В., Стан М.В.

Реєстр. № 390/6/19

1. СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ.
2. НДР «Наукове обґрунтування методів кардіопротекції при кардіохірургічних операціях зі штучним кровообігом».
3. Анестезіологія, кардіохірургія.
4. 2+,С.

5. Патент України на винахід № 121285. МПК A61M 21/00, A61K 31/167 (2006.01), A61K 31/135 (2006.01), A61K 31/515 (2006.01), A61K 31/4468 (2006.01), A61K 31/08 (2006.1) , A61K 31/4174 (2006.01), A61P 23/00. Спосіб анестезіологічного забезпечення при кардіохірургічних операціях у пацієнтів похилого віку / Лоскутов О. А., Данчина Т.А., Колесников В.Г., Дружина О.М., Тодуров Б.М. - № a201811900; заявл. 03.12.2018; опубл. 27.04.2020. Бюл. № 8.
6. Немає.
7. Спосіб анестезіологічного забезпечення при кардіохірургічних операціях у пацієнтів похилого віку включає виконання аналгетичного, гіпнотичного та седативного впливу із застосуванням лідокаїну, кетаміну, севофлурану та фентанілу, індукцію в наркоз, потенціювання аналгезії та виведення із наркозу. Перед початком оперативного втручання внутрішньовенно вводять кетамін 0,5 мг/кг та лідокаїн 1 мг/кг болюсно, з одночасним виконанням безперервної внутрішньовенної інфузії лідокаїну у дозі 1,5-2 мг/кг/год., при цьому внутрішньовенну інфузію лідокаїну продовжують по ходу всієї операції до надходження пацієнта в палату інтенсивної терапії, а індукцію в наркоз проводять шляхом внутрішньовенного введення тіопенталу натрію в дозі 2,5±0,5 мг/кг, який вводять по 50 мг з проміжком 10-15 сек., після введення тіопенталу натрію, здійснюють потенціювання аналгезії, шляхом внутрішньовенного введення фентанілу у дозі 0,7-1,6 мкг/кг, і м'язовий релаксант, потім проводять інтубацію трахеї шляхом введення трубки в трахею; підтримують анестезію шляхом інгаляції севофлурану по напівзакритому контуру; потім виконують інфузію дексмедетомідину гідрохлориду зі швидкістю інфузії 0,2-1,4 мкг/кг/год. шляхом безперервної внутрішньовенної інфузії.
8. Переваги полягають у зменшенні негативних наслідків введення опоїдів, таких як, індуковане пригнічення дихання, слабкість м'язів глотки, що сприяє розвитку обструкції дихальних шляхів пацієнта, ретенції сечопускання, післяопераційна нудота та блювота, індукованому гальмуванню рухливості кишечнику, гіпералгезії, що нерідко приводить до формування хронічного больового синдрому. Режими застосування - лідокаїн є базовим анальгетиком. 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. Хірургічне обладнання, лідокаїн, кетамін, севофлуран, фентаніл.
10. Кардіохірургічні операції зі штучним кровообігом, хворі похилого віку.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Лоскутов О.А., Данчина Т.А., Колесников В.Г., Дружина О.М., Тодуров Б.М.

Реєстр. № 391/6/19 1. СПОСІБ КАРДІОПРОТЕКЦІЇ МІОКАРДА ПРИ ОПЕРАЦІЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ.

2. НДР «Розробка способів фармакологічного захисту організму від різних видів тканинної гіпоксії», 0118U001142, 2018-2020 рр.
3. Кардіохірургія. Кардіоанестезіологія.
4. 2,B.
5. Патент України на корисну модель № 133605. МПК (2019.01) A61B 17/00. Спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування / Лоскутов О.А., Тодуров Б.М., Дружина О.М., Дзюба Д.О., Костюкова М.О., Харенко Ю.О.;

заявник і патентовласник ДУ «Інститут серця МОЗ України». - № u201811899; заявл. 03.12.2018; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.

6. Немає.
7. У структурі захворюваності населення України, кількість хворих, що страждають на ішемічну хворобу серця (ІХС) до 2012 року досягло 6 262 351 чоловік. На сьогоднішній день Україна посідає одне з перших місць в Європі за показниками смертності від хвороб системи кровообігу (459,48 на 100 000 населення). У наш час існує декілька шляхів у лікуванні ІХС: медикаментозна терапія, еферентні методи терапії й хірургічне лікування, яке містить у собі балонну дилатацію, стентування коронарних артерій і операції аортокоронарного шунтування (АКШ). Найбільш ефективною й довготривалою, у плані позитивних відстрочених результатів, серед даних методик є АКШ. На сьогоднішній день в Україні проводиться близько 394 кардіохірургічних операцій на 1 млн. населення, що на кінець 2017 р. склало 17 997 оперативних втручань (при потребі близько 35 тис.). Проведення кардіохірургічних операцій у подібного контингенту хворих припускає створення оптимальних умов для адекватного функціонування системної гемодинаміки й підтримки функціональної здатності міокарда на рівні. Однак, незважаючи на удосконалення методик регуляції основних життєво важливих функцій організму, при низьких показниках госпітальної летальності (0,4-2,4%), масштаби ускладнень під час кардіохірургічних операцій у пацієнтів з ІХС залишаються значними. Так за даними наукових досліджень, постопераційні порушення гемодинаміки при операціях АКШ, які проводяться в умовах штучного кровообігу, можуть досягати 70% випадків, а 30-ти денна післяопераційна летальність - 5,9%. Дані ускладнення багато в чому обумовлені недостатньо адекватним інтраопераційним захистом міокарду (ЗМ). На сьогоднішній день для інтраопераційного ЗМ використовується безліч способів і методик. Це обумовлено незадоволеністю локальною кардіопротекцією, а також відсутністю універсальної моделі, що оберігає міокард від дисфункції та пошкодження. На сьогоднішній день концепція захисту міокарда розглядає декілька напрямків, провідним з яких є локальний захист міокарда (кардіоплегія). Однак, залежно від методики кардіоплегії, яка використовується під час проведення операцій зі штучним кровообігом (ШК), частота інтраопераційного інфаркту міокарда може становити від 2 до 7,2% випадків, гостра серцева недостатність - від 2,7 до 51,2%, гострі порушення серцевого ритму - від 20 до 63,6%. Завданням розробки є створення способу кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування, у якому за рахунок застосування протягом аортокоронарного шунтування нових дій, нових засобів впливу та режимів впливу на ділянки серця забезпечується підвищення ефективності захисту міокарда та зниження вірогідності ускладнень при проведенні аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу. Для вирішення цього завдання спосіб кардіопротекції міокарда при операціях аортокоронарного шунтування, проводять на зупиненому серці з використанням штучного кровообігу, та із застосуванням штучної вентиляції легень, та виконанням анастомозування. Новим у способі є те, що після початку штучного кровообігу (ШК) і досягнення розрахункової продуктивності апарата ШК, припиняють штучну вентиляцію легень, під ліві відділи серця підкладають електрод та низьковольтним генератором струму викликають штучну електричну фібриляцію серця частотою струму - 50 Гц, напругою струму - 12 вольт, та силою струму - 25 мА, при цьому вінцеві судини перфузують природним шляхом кров'ю з оксигенатора апарату штучного кровообігу, проводять дренаж лівих відділів серця, обжимають тасьми на порожнистих венах, та при досягненні температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, без накладання затискача на аорту, розкривають просвіт коронарної артерії, в яку вставляють коронарний шунт, що відповідає внутрішньому діаметру цієї артерії, а

після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, дані температурні параметри підтримують протягом 3 - 4 хвилин, а потім, перед накладанням наступного анастомозу, знову охолоджують перфузат до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +18°С, а після анастомозування венозного шунта й коронарної артерії знову проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +32°С і температури міокарда +22°С, а по закінченню анастомозування всіх запланованих шунтів з коронарними артеріями, проводять зігрівання перфузата до досягнення температури в дистальному відділі стравоходу +33°С і температури міокарда +28°С, а після проведення деаерації шунтів і поновлення кровотоку по них, відключають штучну електричну фібриляцію й проводять дефібриляцію серця.

8. Спосіб передбачає використання методики захисту міокарда шляхом використання штучної електричної фібриляції серця при проведенні операцій аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу, яка не викликає гемодинамічних порушень на всіх етапах спостереження і не призводить до підвищення рівня кардіоспецифічних ферментів, що попереджає ризик виникнення високо вірогідних ускладнень при проведенні аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу, зокрема ішемії міокарда, серцевої слабкості, розвитку порушень ритму та провідності, травмування висхідної аорти.
9. Впровадження запропонованого методу в практичну діяльність потребує використання апарату - генератора струму для штучної електричної фібриляції серця з частотою струму - 50 Гц, напругою струму - 12 вольт, та силою струму - 25 мА.
10. Винахід відноситься до медицини, конкретно до кардіоанестезіології та кардіохірургії і може знайти використання при проведенні операцій аортокоронарного шунтування, що проводяться в умовах штучного кровообігу Спосіб передбачає використання методики захисту міокарда шляхом використання штучної електричної фібриляції серця при проведенні операцій аортокоронарного шунтування в умовах штучного кровообігу.
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». 02166, м. Київ, вул. Братиславська, 5-а.
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
15. Лоскутов О.А. (0445184157), Дружина О.М., Костюкова М.О., Тодуров Б.М., Дзюба Д.О., Харенко Ю.О.

Реєстр. № 392/6/19 1. СПОСІБ ПРОГНОСТИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ.

2. НДР «Органопротекція при операціях зі штучним кровообігом у пацієнтів з ішемічною хворобою серця», 0118U001141, 2018-2020 рр.
3. Кардіоанестезіологія. Кардіохірургія.
4. 2,В.
5. Патент України на корисну модель № 135208. МПК G01N 33/48 (2006.01). Спосіб прогностичного визначення тяжкості клінічного перебігу гострого коронарного

синдрому / Лоскутов О.А., Веремчук С.Ф., Дзюба Д.О., Дружина О.М., Хохлов А.В., Маруняк С.Р.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. - № u201812889; заявл. 26.12.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.

6. Немає.
7. За даними Міністерства охорони здоров'я України, протягом трьох останніх років зросла поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) серед працездатного населення на 3,1%. Показник первинної інвалідності від ІХС протягом останніх років стабільно посідає перші місця в структурі причин первинної інвалідності дорослого населення і фіксується практично на одному рівні (20,1% - у 2009 р.; 19,9% - у 2010 р.; 20,1% - у 2011 р.; 19,5% - у 2012 р.). На сьогоднішній день, Україна посідає одне з перших місць в Європі за показниками смертності від хвороб системи кровообігу (459,48 на 100 000 населення), які істотно перевищують аналогічні показники у Франції (30,08 на 100 000 населення), Німеччині (75,09 на 100 000 населення), Польщі (88,37 на 100 000 населення), Великобританії (76,11 на 100 000 населення). За період 2008-2012 рр. показники поширеності ІХС в Україні серед дорослих поступово збільшувалися (на 6,7%) і досягли 24 088,1 особи на 100 тис. населення, а захворюваність зменшилася на 2,2% і становила 1 639,9 особи на 100 тис. населення. За 2012 рік кількість хворих зросла на 60 332 особи (на 1,0%). Питома вага працездатного населення у структурі поширеності й захворюваності серед усіх дорослих становить відповідно 28,9 і 43,9%. Захворюваність населення України на хвороби системи кровообігу і вихід їх на перше рангове місце в структурі загальної смертності свідчать про поширеність цієї патології та є несприятливим показником стану популяційного здоров'я. Смертність від них становить близько 65,8%, при цьому внесок ішемічної хвороби серця досягає 71,1%. Лікування та реабілітація пацієнтів не завжди відзначаються високою ефективністю, а соціальні виплати по тимчасовій непрацездатності та інвалідизації потребують значних витрат держави та суспільства при втраті робочих ресурсів. Встановлено, що запальні реакції завжди присутні при розвитку гострого коронарного синдрому (ГКС), причому їх ступінь залежить від рівня нестабільності бляшки. Інтерлейкін-6 (IL-6) вважається важливим біомаркером стану серцевої діяльності та пошкодження міокарда, а також одним із запальних маркерів коронарної бляшки, і у високих концентраціях виявляється в ліпідних смужках атеросклеротичної бляшки. Встановлено, що при виникненні запалення або розриву атеросклеротичної бляшки спостерігається різке зростання концентрації IL-6 в крові. Більше того, за даними окремих досліджень висока концентрація IL-6 у плазмі хворих з ГКС пов'язана з ризиком серйозних коронарних подій. В даний час, актуальним залишається питання, щодо визначення рівнів IL-6 в плані оцінки клінічного прогнозу у пацієнтів з ГКС. Відомий метод прогнозування визначення тяжкості клінічного перебігу гострого коронарного синдрому взятий нами за прототип - це визначення летальних наслідків інфаркту міокарда за рахунок визначення трьох показників периферичної крові: концентрації гемоглобіну, рівня лейкоцитів в 1 мм^3 та швидкості зсідання еритроцитів та двох біохімічних показників активності аспартатамінотрасферази та активності аланінамінотрасферази. Далі в інтервалах, котрі визначають для кожного показника, знаходять відносні ризики летального результату по кожному з 5 показників. В подальшому розраховують загальний відносний ризик, підсумовуючи виявлені відносні ризики кожного показника. При цьому сумарний відносний ризик, який становить 5,6 відповідає 20 % ризику летального результату інфаркту міокарда, сумарний відносний ризик 6,25 відповідає 25 % ризику, 9,5 - 50 % ризику, 11,4 - 66,6 % ризику. Згідно способу аналіз 7 показників клінічного аналізу крові та 11 біохімічних показників на момент надходження хворого проводять за допомогою комп'ютерної техніки. Основними недоліками цього методу є те, що у способі

виявляють летальність лише на період госпіталізації. Також досліджувані біохімічні показники (аланінамінотрансфераза та аспартатамінотрансфераза) не є специфічними для ураження міокарду, що знижує точність та інформативність прогнозу, причому їх рівень починає зростати мінімум через 6 годин після розвитку інфаркту міокарда, а максимум значень досягається через 24 год. Крім того, необхідність використання комп'ютерного обладнання та спеціального програмного забезпечення робить даний метод недоступним для широкого використання в більшості клініках. Задача корисної моделі полягає в запобіганні вищезазначених недоліків. Поставлена задача вирішується тим, що під час госпіталізації, крім загальноприйнятого клініко-інструментального обстеження та біохімічних досліджень крові, додатково для визначення 3-місячної летальності визначають рівень у сироватці крові інтерлейкіну-6, значення якого вносять у розроблену прогностичну таблицю, згідно з якою при рівні інтерлейкіну-6 15 пг/мл 3-місячна летальність досягає 11,34%, при 20 пг/мл - 18,75%, при 27,11 пг/мл - 57,1%, при рівні 30 пг/мл - 59,14%, при рівні 35 пг/мл - 62,27% і при рівні 40 пг/мл - 64,5%. Спосіб здійснюється наступним чином: під час надходження пацієнта з ГКС, разом із загальноприйнятими методами діагностики, такими як клінічний та біохімічний аналіз крові, визначення рівня тропоніну I, електрокардіографія, Ехо-кардіографія та коронарографія, з периферичної вени пацієнта забирається зразок крові на визначення рівня сироваткового ІЛ-6. Тривалість визначення даного показника складає до 40 хв. Після отримання результатів рівня ІЛ-6 для прогнозування клінічного перебігу ГКС і визначення відстрочених ускладнень використовується табл. 1.

Таблиця 1

Прогнозування трьохмісячної летальності у пацієнтів з ГКС на основівизначеннярівня LL-6.

Рівень LL-6 (пг/мл)	Прогнозована 3-х місячна летальність
15	11,34%
20	18,75%
27,11	57,1%
30	59,14%
35	62,27%
40	64,5%

Таким чином, за даними таблиці 1, при рівні ІЛ-6 15 пг/мл 3-місячна летальність складає 11,34%, при 20 пг/мл - 18,75%, при 27,11пг/мл - 57,1%, при рівні 30 пг/мл - 59,14%, при рівні 35пг/мл - 62,27% і при рівні 40 пг/мл - 64,5%.

8. Завдяки запропонованій методиці вже на першу добу за рахунок визначення рівня ІЛ-6 за прогностичною таблицею можна оцінити тримісячну летальність у пацієнтів з ГКС. Визначення трьохмісячної летальності дозволить оптимізувати схему лікування таких пацієнтів та підвищити їх виживання.
9. Впровадження запропонованого методу в практичну діяльність потребує реактивів для визначення ІЛ-6.
10. Винахід відноситься до медицини, конкретно до кардіології та кардіохірургії і може знайти використання для комплексного обстеження та прогностичного аналізу виживання пацієнтів з гострим коронарним синдромом чи інфарктом міокарда та відповідно до цього вибору способу лікування.
11. Протипоказань немає.
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. 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Лоскутов О.А. (0445184157), Веремчук С.Ф., Дзюба Д.О., Дружина О.М., Хохлов А.В., Маруняк С.Р.

Реєстр. № 393/6/19 1. СПОСІБ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ.

2. НДР «Розробити методи інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення пацієнтів з гострим коронарним синдромом при цукровому діабеті», 0117U002449, 2017-2019 рр.
3. Серцево-судинна хірургія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 140368. МПК G01N 33/48 (2006.01), A61K 38/00, A61P 5/50 (2006.01), A61P 9/10 (2006.01). Спосіб ведення хворих з гострим коронарним синдромом / Жовнір В.А., Кузьменко С.О., Маньковський Г.Б., Лупаренко В.А.; заявник і патентовласник ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». - № u201906892; заявл. 19.06.2019; опубл. 25.02.2020. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Найбільш близьким аналогом корисної моделі є спосіб ведення хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), у якому здійснюють контроль та корекцію рівня глікемії у хворих з ГКС. Згаданий спосіб широко застосовують у медичних закладах, але він не дозволяє чітко визначити межові значення рівнів глюкози у крові хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST, а тому не дає однозначної відповіді на питання: «Коли треба починати лікування, враховуючи рівні глюкози у таких хворих?» Така проблема підвищує ризики фатальних і нефатальних серцево- судинних ускладнень у ранній і віддалений періоди після оперативного втручання. В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб ведення хворих з ГКС, який би дозволив зменшити ризики фатальних і нефатальних серцево- судинних ускладнень у ранній і віддалений періоди після оперативного втручання за рахунок визначення поточних значень рівнів глюкози у крові хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST до і протягом доби після оперативного втручання, а також можливості прогнозування термінів лікування і вибору оптимальних цукрознижувальних препаратів та їх дозування для таких хворих. У способі ведення хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС), під час якого здійснюють контроль та корекцію рівня глікемії у хворих з ГКС, згідно з корисною моделлю, попередньо, до проведення ендоваскулярної реваскуляризації міокарда визначають рівень глюкози у сироватці крові, а після оперативного втручання, для зниження фатальних і нефатальних серцево-судинних ускладнень у ранній і віддалений періоди, негайно після оперативного втручання визначають толерантність хворого до глюкози і кожні
   2- 4 години визначають рівень глюкози у сироватці крові хворого та при діагностуванні гіперглікемії у випадку відсутності вказівок на те, що у пацієнта є діабет, призначають цукрознижувальне лікування, а у випадку наявності вказівок на те, що у пацієнта є діабет - призначають перехід на інсулін, навіть у тих хворих, які раніше лікувалися лише пероральними цукрознижувальними препаратами.
8. Запропонований спосіб ведення хворих із ГКС дозволяє зменшити ризики фатальних і нефатальних серцево-судинних ускладнень у ранній і віддалений періоди після оперативного втручання за рахунок визначення поточних значень рівнів глюкози у крові хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST 60 до і протягом доби після оперативного втручання, а також надає можливість

прогнозування термінів лікування і вибору оптимальних цукрознижувальних препаратів та їх дозування для таких хворих.

9. Спеціаліст, балон-катетер для проведення коронарографії, рентгенконтрастна речовина, стент, глюкозотолерантний тест, інсулін.
10. Визначення поточних значень рівнів глюкози у крові хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST до і протягом доби після оперативного втручання, а також можливості прогнозування термінів лікування і вибору оптимальних цукрознижувальних препаратів та їх дозування.
11. Немає.
12. Алергічна реакція на введення контрасту, повітряна емболія, перфорація судин, кровотеча, оклюзія стегнової артерії.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 04050, м. Київ, вул. Ю. Іллєнка, 24, тел./факс (044) 284-03-11, (044) 206-50-10.
14. Немає.
15. Жовнір В.А. (0442840313), Кузьменко С.О. (0442065010), Маньковський Г.Б. (0442065038), Лупаренко В.А. (0442065038).

Реєстр. № 394/6/19 1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОДОВЖЕНИХ ХОРД ПРИ ПРОЛАПСІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.

2. НДР «Реконструктивні втручання на мітральному клапані у пацієнтів різного віку», 0119U001439, 2019-2021 рр.
3. Серцево-судинна хірургія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 140370. МПК A61B 17/00. Спосіб корекції подовжених хорд при пролапсі мітрального клапана / Сегал Є.В., Мохнатий С.І., Юсіфлі Ібрагім Бахруз огли; заявник і патентовласник ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». - № u201907102; заявл. 26.06.2019; опубл. 25.02.2020. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Мітральна недостатність (МН) зустрічається в популяції з частотою 2-3 % [Burden of valvular heart diseases: A population-based study. / Nkomo V.T., Gardin J.M., Enriquez-Sarano M. [et al.] // Lancet. - 2006. - Vol. 368. - P. 1005 - 1011.]. Пролапс 5 стулок мітрального клапана є однією з найбільш частих причин МН. При пролапсі МК спостерігається надлишок тканин стулок, що створює умови для їхнього пролабування в порожнину ЛП під час систоли. Це створює умови для виникнення недостатності МК [Franseca N. Delling, Ramachandran S. Vasan. Epidemiology and pathophysiology of mitral valve prolapse: New insights into disease progression, genetics, and molecular basis // Circulation. - 55 2014. - Vol. 129. - P. 2158 - 2170.]. Однією з форм патології хордально-папілярного апарату є подовження хорд пролабуючої стулки. З часом подовження хорд і пролапс МК прогресує, викликаючи клінічно значиму МН, яка потребує хірургічного втручання [Franseca N. Delling, Ramachandran S. Vasan. Epidemiology and pathophysiology of mitral valve prolapse: New insights into disease progression, genetics, and molecular basis // Circulation. - 55 2014. - Vol. 129. - P. 2158 - 2170., Захарова В.П. Нозологическая структура приобретенньїх пороков митрального клапана / В.П. Захарова, А.Р. Бабочкина, Е.В. Руденко // Серце і судини. - 2014. - № 2. - С. 63 - 71.]. Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення клапанозберігаючих втручань [Mitral valve repair: better than replacement J M Ferra~ o de Oliveira, Manuel J Antunes // Heart. - 2006. - № 92. - P 275 - 281; A near 100 % repair rate for mitral valve prolapse is

achievable in a reference center: Implications for future guidelines / Javier G, Castillo J., Anyanwu A. [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2012. - Vol. 144. - № 2. - P. 308 - 312; Long-termsurvival of patients undergoing mitral valve repair and replacement: a longitudinal 5 analysis of Medicare fee-for-service beneficiaries / Vasileva CM., Mishkel G., Mcneely C [et al.] // Circulation. - 2013. - Vol. 127. - P. 1870 - 1876]. Існує багато різновидів пластик хордального апарату МК: формування штучних хорд, переміщення хорд і т.п [CarpentierA. Cardiac valve surgery-the «French соггеСіоп» / A. Carpentier // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1983. - Vol. 86 (3). - P 323 - 337; Reconstructive surgery of mitral valve in competence: ten-year apraissal / Carpentier A., Chauvaud S., Fabiani J.N. [et al.] // J. Thorac. Cardivasc. Surg. - 1980. - Vol. 79. - P. 338 - 348; Mitral Valve Repair: The Chordae Tendineae Carlos-A. Mestres, Jose M. Bernal // J Teh Univ Heart Ctr. - 2012. - № 7 (3). - P. 92 - 99]. Відомий спосіб корекції хорд, що включає прошивання і зміцнення хорди з зануренням її у головку папілярного м'язу. Цей спосіб здійснюють шляхом виконання томії головки папілярного м'язу, накладенням лігатури, зануренням хорди і відновленням цілісності ендокарда папілярного м'язу [CarpentierA. Cardiac valve surgery-the «French соггесйоп» / A. Carpentier // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1983. - Vol. 86 (3). - P. 323 - 337]. Відомий спосіб укорочення хорд, у якому проводять реконструктивне втручання за допомогою сучасного шовного матеріалу, зокрема ниток Gore-Tex прошивається хорда і пересаджується до вихідного отвору МК, тим самим відбувається скорочення хорди і 20 відновлення коаптації стулок [Mitral Valve Repair: The Chordae Tendineae Carlos-A. Mestres, Jose M. Bernal // J Teh Univ Heart Ctr. - 2012. - № 7 (3). - P. 92 - 99.]. В основу корисної моделі поставлена задача створити спосіб корекції хорд при пролапсі МК, який дозволить привести пролабуючий сегмент ураженої стулки у відповідність до протилежного сегменту неушкодженої хорди. Поставлена задача вирішується тим, що в способі корекції подовжених хорд при пролапсі 25 МК, що включає реконструктивне втручання, згідно з корисною моделлю, виконують розріз стулки (до 2 мм) в пролабуючій частині, подовжену хорду протягують через розріз на передсердну поверхню ниткою Gore-Tex № 5, утворену петлю фіксують цією ж ниткою шляхом прошивання обох голок, виконують вкол біля вільного краю стулки з передсердної поверхні на шлуночкову та викол через краї розрізу з шлуночкової на передсердну поверхню, розріз стулки, 30 якщо потрібно, ушивають окремими швами ниткою Prolene 7/0, визначають компетентність клапана за допомогою типової гідропроби.

8. Медичний ефект: прогнозується зниження післяопераційних ускладнень та рівня смертності в Україні. Соціальний ефект: покращання якості життя, зниження інвалідності та летальності. Економічний ефект: зменшення витрат на лікування пацієнтів за рахунок зменшення перебування хворих у відділенні реанімації та стаціонарі, зменшення потреб у повторних хірургічних втручаннях.
9. Спеціаліст хірург серцево-судинний, нитка Gore-Tex № 5; нитка Prolene 7/0; типової гідропроби.
10. Пролабуюча стулка мітрального клапана і подовжена хорда.
11. Випадки, які не відповідають вищезгаданим вимогам.
12. Кровотеча.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 04050, м. Київ, вул. Ю. Іллєнка, 24, тел./факс (044) 284-03-11, (044) 206-50-10.
14. Немає.
15. Сегал Є.В. (0442065048), Мохнатий С.І. (0442065007), Юсіфлі Ібрагім Бахруз огли (0442065007).

МОРФОЛОГІЯ ЛЮДИНИ

Реєстр. № 395/6/19

1. КАСЕТА ГІСТОЛОГІЧНА.
2. НДР «Закономірності морфогенезу та структурно -функціональні особливості тканин і органів в онтогенезі людини», 0116U002938, 2016-2020 рр.
3. Гістологія.
4. 3,D.
5. Патент України на корисну модель № 134950. МПК (2006) A61J 1/00, A61B 10/02 (2006.1) . Касета гістологічна / Цигикало О.В., Столяр Д.Б., Махрова Є.Г.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України. - № u201900148; заявл. 04.01.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Для проводки макропрепаратів використовують пристрої, які мають вигляд касет, і дозволяють утримувати, маркувати біопсійний матеріал, переносити його з одного реагенту в інший, уникати його деформації, забезпечувати оптимальний доступ реагенту до препарату. Найчастіше касети для фіксації, промивки, дегідратації, просвітлення та заливки у парафін виготовляються розбірними, а їх розміри залежать від устаткування та технологічного процесу виготовлення мікропрепаратів. В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити конструкцію касети гістологічної шляхом того, що пристрій виготовлений з листового алюмінію товщиною 1 мм, складається з основи 50*20*10 мм з двома поперечними роздільними перемичками висотою 8 мм, кожна із розривом навпіл, які ділять основу на три рівні частини по довжині, та кришки 51*21*10 мм з повздовжньою роздільною перемичкою посередині висотою 8 мм, що у зібраному стані утворює 6 секцій, у всіх конструктивних елементах є отвори 2,5 мм на відстані 3 мм один від одного.
8. Запропонована касета гістологічна призначена для здійснення проводки одночасно шести зразків біологічних тканин - від зневоднення в батареї спиртів, і до просвітлення та заливки в парафін. Відмінними ознаками корисної моделі від прототипу є те, що пристрій виготовлений з листового алюмінію товщиною 1 мм, складається з основи 50*20*10 мм з двома поперечними роздільними перемичками висотою 8 мм, кожна із розривом навпіл, які ділять основу на три рівні частини по довжині, та кришки 51*21*10 мм з повздовжньою роздільною перемичкою посередині висотою 8 мм, що у зібраному стані утворює 6 секцій, у всіх конструктивних елементах є отвори 2,5 мм на відстані 3 мм один від одного. Медична ефективність: покращання результатів фіксації, дегідратації, просвітлення та заливки у парафін одночасно до шести зразків біологічних тканин, призводить до отримання більш якісних гістологічних зрізів. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності діагностичних заходів та зниження частоти невірно виставлених діагнозів. Економічна ефективність: має просту, економічно вигідну конструкцію, так як сприяє обробці більшої кількості піддослідного матеріалу та може виготовлятися власноруч, касета є стійкою до дії фізичних та хімічних чинників, що сприятиме скороченню фінансових витрат на діагностику захворювань.
9. Листовий алюміній товщиною 1 мм із отворами 2,5 мм на відстані 3 мм один від одного.
10. Немає.
11. Не виявлено. Дослідження виконані з дотриманням Конвенції Ради Європи про

права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2008 рр.), наказу МОЗ України № 960 від
23.09.2009 р.

12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2,
14. Немає.
15. Цигикало О.В. (0990737261), Столяр Д.Б. (0992110851), Махрова Є.Г. (0951585877).

НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ

Реєстр. № 396/6/19

1. СПОСІБ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗРІЗІВ ШКІРИ ЛЮДИНИ
2. НДР «Застосування фізико-математичних методів для аналізу біологічних об'єктів», 0111U006493, 2015-2019 рр.
3. Анатомія людини.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 134954. МПК (2006) G01N 21/00, G01N 21/39. Спосіб лазерної поляриметричної диференційної діагностики патологічних станів шкіри людини / Махрова Є.Г., Григоришин П.М., Гуцул О.В., Галушко К.С.; Заявник та патентовласник БДМУ - № u201900161; заявл. 04.01.2019; опубл. 10.06.2019. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Дослідження in vitro переважають серед різних оптичних і фізичних методів діагностики будови та властивостей біологічних об'єктів. Зокрема, лазерна поляриметрія мікроскопічних зображень, притаманних мережам полікристалічних білків, була сформована як окремий підхід для вивчення оптично анізотропних компонентів у гістологічних ділянках біопсії різних біологічних тканин. Аналітичні методи, що використовуються в лазерній поляриметрії, базуються на апроксимації лінійного подвійного променезаломлення в біологічних тканинах. Проводять освітлення зразків шкіри людини, взятих шляхом біопсії, за допомогою пучка He-Ke лазера з використанням поляриметра Фур'є-Стокса за відомим способом та в результаті отримують лазерне поляриметричне зображення шкіри людини в площині Фур'є. Проводять статистичний аналіз отриманого лазерного поляриметричного зображення, тобто розраховують статистичні моменти 1-4-го порядків, які характеризують координатні розподіли еліптичності поляризації неоднорідного поля лазерних зображень шкіри людини в площині Фур'є. При значенні статистичного моменту 1-го порядку 0,07±0,005, 2-го порядку 0,15±0,009,
3- го порядку 0,5±0,032 та 4-го порядку 0,83±0,057 діагностують наявність доброякісних (аденома) станів шкіри людини, а при значенні статистичного моменту 1-го порядку 0,05±0,004, 2-го порядку 0,09±0,007, 3-го порядку 0,82±0,061 та 4-го порядку 1,34±0,09 діагностують наявність передракових (кератома) станів шкіри людини.
8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно проводити лазерну поляриметричну диференційну діагностику патологічних станів шкіри людини із проведенням диференціації щодо доброякісних та передракових станів шкіри пацієнтів шляхом статистичного аналізу лазерних поляриметричних зображень шкіри в площині

Фур'є та проведення статистичного аналізу даних зображень, тобто розрахунку статистичних моментів 1-4-го порядків координатних розподілів еліптичності поляризації на основі попередньо проведених досліджень серед пацієнтів 55 чоловіків і 39 жінок у віці від 18 до 63 років у ділянках шиї, плечей, рук і ніг. Медична ефективність: покращання результатів диференційної діагностики
патологічних станів шкіри людини, а саме доброякісних та передракових станів шкіри, адже розраховані значення чутливості та специфічності для Фур'є - поляриметрії лазерного випромінювання, відбитого шкірою людини, становили 9296%. Спосіб є малоінвазивним. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності та точності диференційної діагностики патологічних станів шкіри людини, зниження частоти виникнення ускладнень, внаслідок використання ранньої діагностики. Економічна ефективність: підвищення точності діагностичних результатів та можливість ранньої діагностики призводить до скорочення фінансових витрат на лікування хворих з патологічними змінами шкіри - передраковими станами.

9. Оптичний поляриметр Фур'є-Стокса, He-N лазер.
10. Будь-які видимі або відчутні зміни шкіри.
11. Немає.
12. Не виявлено. Дослідження виконані з дотриманням Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2008 рр.), наказу МОЗ України № 960 від
    23.09.2009 р.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Махрова Є.Г. (0951585877), Григоришин П.М., Гуцул О.В., Галушко К.С.

Реєстр. № 397/6/19 1. СПОСІБ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРИЧНОЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШКІРИ ЛЮДИНИ

2. НДР «Застосування фізико-математичних методів для аналізу біологічних об'єктів», 0111U006493, 2015-2019 рр.
3. Анатомія людини.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 135245. МПК (2019.01) G01N 21/00, G01N 21/39 (2006.01). Спосіб лазерної поляриметричної диференційної діагностики патологічних станів шкіри людини / Григоришин П.М., Махрова Є.Г., Гуцул О.В., Галушко К.С.; Заявник та патентовласник БДМУ - № u201900157; заявл. 04.01.2019; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 12.
6. Немає.
7. На даний час науково-практичну цінність для медичної діагностики представляє аналіз лазерного випромінювання, перетвореного оптико-анізотропними шарами біологічних тканин, зокрема шкірою людини, взятої при біопсії. Лазерна поляриметрична диференціальна діагностика використовується для розробки об'єктивних методик оцінювання та диференціації змін, які зумовлені патологічними змінами шкіри людини. Проводять освітлення зразків шкіри людини, взятих шляхом біопсії, за допомогою пучка He-N лазера з використанням поляриметра Фур'є-Стокса за відомим способом та в результаті отримують лазерне поляриметричне зображення шкіри людини в площині Фур'є. Проводять статистичний аналіз отриманого лазерного поляриметричного зображення, тобто

розраховують статистичні моменти 1-4-го порядків, які характеризують координатні розподіли азумута поляризації неоднорідного поля лазерних зображень шкіри людини в площині Фур'є. При значенні статистичного моменту 1-го порядку 0,15±0,008, 2-го порядку 0,35±0,025, 3-го порядку 1,89±0,12 та 4-го порядку 1,88±0,11 діагностують наявність доброякісних (аденома) станів шкіри людини, а при значенні статистичного моменту 1-го порядку 0,10±0,007, 2-го порядку 0,22±0,017, 3-го порядку 0,75±0,13 та 4-го порядку 2,76±0,16 діагностують наявність передракових (кератома) станів шкіри людини.

8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно проводити лазерну поляриметричну диференційну діагностику патологічних станів шкіри людини із проведенням диференціації щодо доброякісних та передракових станів шкіри пацієнтів шляхом статистичного аналізу лазерних поляриметричних зображень шкіри в площині Фур'є та проведення статистичного аналізу даних зображень, тобто розрахунку статистичних моментів 1-4-го порядків координатних розподілів азимута поляризації на основі попередньо проведених досліджень серед пацієнтів 55 чоловіків і 39 жінок у віці від 18 до 63 років у ділянках шиї, плечей, рук і ніг. Медична ефективність: покращання результатів диференційної діагностики патологічних станів шкіри людини, а саме доброякісних та передракових станів шкіри, адже розраховані значення чутливості та специфічності для Фур'є - поляриметрії лазерного випромінювання, відбитого шкірою людини, становили 92-96%. Спосіб є малоінвазивним. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності та точності диференційної діагностики патологічних станів шкіри людини, зниження частоти виникнення ускладнень, внаслідок використання ранньої діагностики. Економічна ефективність: підвищення точності діагностичних результатів та можливість ранньої діагностики призводить до скорочення фінансових витрат на лікування хворих з патологічними змінами шкіри - передраковими станами.
9. Оптичний поляриметр Фур'є-Стокса, He-N лазер.
10. Будь-які видимі або відчутні зміни шкіри.
11. Немає.
12. Не виявлено. Дослідження виконані з дотриманням Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2008 рр.), наказу МОЗ України № 960 від 23.09.2009 р.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». 58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Григоришин П.М., Махрова Є.Г. (0951585877), Гуцул О.В., Галушко К.С.

Реєстр. № 398/6/19 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ОЦІНКИ ЗДАТНОСТІ СТАБІЛІЗУВАТИ ПОЛОЖЕННЯ РУК.

2. НДР «Вивчити просторово-часову організацію ходьби людини при одночасному виконанні моторного і когнітивного завдань», 0117U03082, 2017-2019 рр.
3. Експериментальна нейрофізіологія.
4. 2++,С.
5. Патент України на корисну модель № 53645. МПК A61B 10/00. Пристрій для оцінки здатності стабілізувати положення рук / Мороз В.М., Йолтухівський М.В., Богомаз О.В., Величко Т.О., Московко Г.С.; заявник та патентовласник Вінницький

національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. - № u201005051; заявл. 26.04.2010; опубл. 11.10.2010, Бюл. № 19.

6. Немає.
7. Пристрій для оцінки здатності стабілізувати положення рук має дерев'яну основу- піднос з двома вмонтованими металевими перекладинами з обмежувачами на кінцях, на яких розташовується куля, що може вільно рухатись.
8. В основу корисної моделі «Пристрій для оцінки здатності стабілізувати положення рук» поставлено завдання утримання кулі в центрі підноса на двох його направляючих перекладинах і, таким чином, шляхом використання значного об'єму ресурсів вестибулярної, зорової, пропріоцептивної сенсорних систем та моторних центрів, що забезпечують як підтримання рівноваги тіла в цілому, стабілізацію плечового пояса й верхніх кінцівок, так і утримання кулі в центрі пристрою, створення для нервових центрів, залучених до керування рухами (зокрема ходьбою), умов роботи за недостатністю ресурсів, або ускладнених завдань, що дає змогу встановлювати нові закономірності керування рухами/ходьбою.
9. Комп'ютеризована система GAITRite®, виробництва США (CIR System Inc., Clifton, NJ), що представляє собою полімерну доріжку довжиною 4,2 метра, шириною 1,5 метра, в яку вбудовано 22 тисячі сенсорних елементів, що реагують на тиск; персональний комп'ютер (ПК) з спеціалізованим програмним забезпеченням (GAITRite® Gold Software), що постачається в комплекті з системою GAITRite® і дає можливість у реальному часі отримувати графічне зображення відбитків стоп на площині, з вимірюванням сили тиску кожної точки стопи, а також інтегральні просторові та часові параметри ходьби обстежуваного; співпраця з клініцистами різних спеціальностей.
10. Проведення досліджень рухів людини з метою оцінки здатності стабілізувати положення рук при виконанні одночасних рухових завдань, одним з яких може бути ходьба.
11. Сенсорні деривації.
12. При ретельному дотриманні методики досліджень виникнення ускладнень малоймовірно.
13. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. тел. (0432) 55-39-10, факс (0432) 66-13-93.
14. Немає.
15. Мороз В.М. (0432553910), Йолтухівський М.В. (0932298536), Богомаз О.В. (0432661210), Московко ГС. (0432550776), Костюк Л.В. (0432661210).

Реєстр. № 399/6/19 1. АЛГОРИТМ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ З УРАХУВАННЯМ ТИПОЛОГІЇ ПОВЕДІНКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН.

2. НДР «Дослідження ролі системних та паракринних регуляторних механізмів у забезпеченні гомеостатування функціонально-метаболічних параметрів організму за умов адаптації до дії екстремальних чинників різної природи», 0116U004510, 20162020 рр.
3. Нормальна та патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Впроваджено безоплатно в науково-дослідних лабораторіях вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних установ.
7. Авторами пропонується схема моделювання поєднаної дії іммобілізаційного і хімічного стресу шляхом утримування піддослідних білих щурів у пластикових

пеналах на фоні внутрішньо шлункового введення важких металів з огляду на їхню убіквітарність(поширеність), кумулятивну та політропну дію на організм. Запропонована схема з 5-ти етапів та умови моделювання з урахуванням типології поведінки експериментальних тварин апробовані в експериментальних дослідженнях при вивченні та оцінці поєднаної дії іммобілізаційного стресу і кадмію. Виявлено, що чутливішими до іммобілізаційного стресу виявилися «активні» тварини, до дії кадмію - «пасивні». Поєднана дія факторів свідчить про можливість розвитку фази напруження і зриву адаптації.

8. Призначено для з'ясування особливостей метаболічних та адаптаційних процесів у тварин з активним і пасивним типом поведінки і диференційованого підходу до корекції адаптаційних зрушень в організмі.
9. Немає.
10. Експериментальні дослідження.
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 нормальної фізіології ЛНМУ
14. Немає.
15. Гжегоцький М.Р., Федоренко Ю.В. (0322603007).

Реєстр. № 400/6/19 1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ПЕРШОГО ХРЕБЦЯ (АТЛАНТ) ЛЮДИНИ ІЗ ABS ПЛАСТИКА ЗА ДОПОМОГОЮ 3D-СКУЛЬПТІНГУ В ПРОГРАМІ ZBrush.

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.
4. 2+;С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 125459. МПК B29C 47/00, G09B 23/28. Спосіб моделювання першого хребця (атлант) людини із ABS пластика за допомогою 3D-скульптінгу в програмі ZBrush / Гринь В.Г., Шерстюк О.О., Кайдашев І.П., Свінцицька Н.Л., Ільченко І.С. - № u201712109; заявл. 08.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб моделювання першого хребця (атлант) людини із ABS пластика за допомогою 3D-скульптінгу в програмі ZBrush, який передбачає створення 3D моделі першого шийного хребця в програмі ZBrush, друк на 3D-принтері «Flash Forgecreator». Використання запропонованого способу дозволяє отримати модель першого шийного хребця (атланта), який відповідає натуральним розмірам та який можна вивчати з різних боків, отримуючи вичерпне уявлення про форму та розміри, а також дозволяє чітко вивчити рельєф і геометрію отворів та борозен, одержати наочне уявлення про морфологічну будову першого хребця не використовуючи натуральні кісткові препарати. Запропонований спосіб здійснюється наступним чином: спочатку були зняті габаритні розміри з отриманого препарату хребця людини, і в програмі ZBrush була створена заготовка майбутньої моделі. Далі, проаналізувавши зразок атланта і його зображення в атласі, були визначені ряд обов'язкових орієнтовних елементів хребця. Таким чином, всі необхідні анатомічні елементи були відтворені на заготовці. Потім були проведені контрольні вимірювання всіх основних частин, різниця не перевищувала 0,15 мм. Після всіх необхідних змін моделі першого хребця було здійснене пробне її виготовлення

наступним чином: 1) 3D модель першого хребця була збережена в форматі «OBJ»; 2) 3D модель першого хребця в форматі «OBJ» за допомогою програми «Maker Were» підготували до виготовлення на 3D принтері, створивши G-^de у файлі формату x3g; 3) Підготовлений файл x3g зі G-^de 3D моделлю першого хребця записали на флеш-карту і відправили до друку на 3D принтері «:Fksh Forgecreator». Матеріал, що використовувався для друку - ABS пластик; 4) Після завершення 3D друку, надруковану модель очистили від підтримуючих конструкцій.

8. Медичні: дозволяє отримати модель першого шийного хребця (атланта), який відповідає натуральним розмірам та який можна вивчати з різних боків, отримуючи вичерпне уявлення про форму та розміри, а також дозволяє чітко вивчити рельєф і геометрію отворів та борозен, одержати наочне уявлення про морфологічну будову першого хребця не використовуючи натуральні кісткові препарати. Соціальні: отримання моделі атланта має наукову і прикладну цінність, так як істотно полегшує завдання підготовки і проведення педагогічного процесу та морфологічних досліджень,розширюючи можливості отримання більш інформативних і об'єктивних результатів. Економічні: у зв'язку з дефіцитом натуральних анатомічних препаратів для студентів Вищих медичних установ при вивченні дисципліни «Анатомія людини», щороку потрібно їх нове надходження для забезпечення педагогічного процесу через підвищене зношення і втрату належної якості. В зв'язку з новими законами з біоетики, отримання натуральних людських препаратів максимально обмежено. Таким чином, розроблено спосіб моделювання першого хребця людини по натуральним зразкам для масового виготовлення і для забезпеченняпедагогічного використання 3D-принтера «:Fksh Forgecreator» в програмі ZBrush з ABS пластика.
9. 3D-принтер «F^sh Forgecreator», програма ZBrush, ABS пластик, штангенциркуль (ГОСТ 166-89; свідоцтво № 1188/0315), флеш-карта, атлас анатомії людини під редакцією Р. Д. Синельникова.
10. Для створення способу моделювання першого хребця (атлант) людини із ABS пластика за допомогою 3D-скульптінгу в програмі ZBrush.
11. Немає.
12. Особливість 3D друку, при якій об'єкти менше 5 мм згладжуються на 10-20%. Внаслідок цього, нами була доопрацьована 3D модель першого хребця шляхом витягування і заглиблення виступів і впадин всіх елементів на 15%.
13. ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. 3D-принтер ФОП Ільченко І.С.
15. Гринь В.Г. (0668126497), Шерстюк О.О., Свінцицька Н.Л., Ільченко І.С.

Реєстр. № 401/6/19 1. СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ.

2. НДР «Роль медіаторних механізмів в патогенезі хронізації запалення та обґрунтування принципів її профілактики», 0118U000952, 2018-2020 рр.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 129472. МПК А6^ 7/00; А61F 7/12; в09В 23/28. Спосіб попередження розвитку синдрому полікістозних яєчників / Кузьміна І.Ю., Ніколаєва О.В., Жулікова М.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. -№ u201806344; заявл. 06.06.2018; опубл. 25.10.2018. Бюл. № 20.

6. Спосіб попередження розвитку синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) включає постійний холодовий вплив на експериментальні тварини на протязі 4-х годин утримання в камері з постійним світловим режимом та температурою +4°С протягом 25 діб. A method of preventing the development of polycystic ovary syndrome (PCOS) involves continuous cold exposure to experimental animals for 4 hours of confinement in a chamber with a constant light regime and a temperature of + 4° C for 25 days.
7. Спосіб фізіологічного охолодження системи організму експериментальних тварин, який включає постійний холодовий вплив, який відрізняється тим, що для попередження розвитку синдрому полікістозних яєчників в експерименті щурів щоденно впродовж 4-х годин утримують в камері з постійнім світловим режимом та постійною температурою +4 С протягом 25 діб.
8. Медичні - попередження прогресування та розвитку СПКЯ. Соціальні - покращення стану репродуктивного здоров'я та якості життя у хворих на СПКЯ. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на СПКЯ за рахунок зниження ліжко-днів на 10,1 %. Відомо, що у середньому з СПКЯ проходить лікування 550 хворих на рік, економічний ефект складає 14300 грн. на рік.
9. Холодова камера з постійним освітлюванням та температурою +4°С, реактиви для визначення загального холестерину «Cholesterol Liquicolor» фірми «Human» (Німеччина) у сироватці крові, апарат УЗД.
10. Синдром полікістозних яєчників.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузьміна І.Ю. (0677978287), Ніколаєва О.В., Жулікова М.В.

Реєстр. № 402/6/19 1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.

2. НДР «Роль медіаторних механізмів в патогенезі хронізації запалення та обґрунтування принципів її профілактики», 0118U000952, 2018-2020 рр.
3. Патологічна фізіологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на винахід № 118945. МПК G09B 23/28. Спосіб моделювання метаболічного синдрому в експерименті / Кузьміна І.Ю., Шутова Н.А.. Ніколаєва О.В.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. - № а201807772; заявл. 11.07.2018; опубл. 25.03.2019. Бюл. № 6.
6. Спосіб моделювання метаболічного синдрому (МС) в експерименті передбачає на фоні збагаченої вуглеводами висококалорійної дієти введення дослідним щурам 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів ауротіоглюкози і бетаметазону у вигляді суспензії Бетаспану депо. The method of modeling the metabolic syndrome (MS) in the experiment involves the introduction of high-calorie-enriched carbohydrate-rich diets to the experimental rats once a week for 6 weeks with aurothioglucose and betamethasone as a Betaspan depot suspension.
7. Спосіб моделювання метаболічного синдрому в експерименті, який включає введення на фоні висококалорійної дієти препаратів, що сприяють споживанню їжі у надмірній кількості який відрізняється тим, що дослідним щурам підшкірно 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів вводять суспензію Бетаспан депо у дозі 20 мкг/кг, розчинену у 0,2 мл очищеної та стерилізованої оливкової олії, та

інтраперитонеально 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів вводять ауротіоглюкозу у дозі 10 мкг/кг, при цьому висококалорійну дієту додатково збагачують вуглеводами.

8. Медичні - створено ефективний спосіб моделювання МС, який дозволить патогенетично обґрунтовувати лікування та застосовувати диференційований підхід до ведення хворих з цією патологією. Соціальні - на фоні розробленої експериментальної моделі МС впроваджені нові підходи до ведення хворих, що засновані на сучасних клініко-інструментальних і високотехнологічних лабораторних методах обстеження, що дозволяють забезпечити профілактику, прогнозувати розвиток та перебіг МС, проводити комплексну, патогенетично обґрунтовану терапію й використовувати раціональну тактику при цієї патології. Економічні - зниження витрат на ефективний підбір медичних препаратів та визначення оптимальної схеми лікування МС, завдяки тому, що розроблена модель МС у щурів більш ідентична за клінічними та біохімічними параметрами МС людини. Завдяки зниженню тривалості перебування у стаціонарі, дозволить зберегти кошти для поліпшення обслуговування даного контингенту хворих (перебування в стаціонарі коштує 1500 грн./день). В середньому стаціонарне лікування МС триває 14 днів. Таким чином, економічний ефект складає приблизно 21000 грн. на 1 пацієнта.
9. Суспензія депо, оливкова олія, ауротіоглюкоза, тест-набори фірми BIOSOURCE (USA), промивний буфер, розчини стандартів, стрептавідин-пероксидазний кон'югат, фотометр MULTILABEL COUNTER 1420 (Данія).
10. Метаболічний синдром.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Кузьміна І.Ю.(0677978287), Шутова Н.А., Ніколаєва О.В.

ІНШІ
СТОМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 403/6/19

1. СПОСІБ КОНСТРУЮВАННЯ ОКЛЮЗІЙНИХ ПОВЕРХОНЬ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ МОЛЯРІВ ТА ПРЕМОЛЯРІВ.
2. НДР «Розробити клініко-гнатологічне обґрунтування конструювання та використання зубних та зубо-ясенних кап при патологічному стиранні зубів, яке ускладнене дефектами зубних рядів», 0117U005429.
3. Стоматологія.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 135990. МПК A61C 13/07. Спосіб конструювання оклюзійних поверхонь ортопедичних конструкцій для заміщення дефектів молярів та премолярів / Ярова С.П., Турчененко С.О., Комлев А.А., Свистунова А.В., Нечаєва І.О. - № u201902086; заявл. 01.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Спосіб конструювання оклюзійних поверхонь ортопедичних конструкцій для заміщення дефектів молярів та премолярів, який полягає в індивідуальному моделюванні оклюзійних поверхонь. Було проведено лікування за допомогою тимчасових конструкцій. Реалізації цього методу проходила наступним шляхом: були отримані анатомічні відбитки з верхньої та нижньої щелеп; фіксація міжальвеолярної висоти та центрального співвідношення щелеп; перенесення всієї отриманої інформації в регульований артикулятор; встановленні в артикулятор моделей верхньої та нижньої щелеп з одержаними реєстраторами прикусу відповідно до розрахованих раніше міжальвеолярної висоти та центрального співвідношення щелеп; пригіпсування нижньої робочої моделі; відтворення оклюзійного рельєфу; моделювання оклюзійної площини. При цьому виготовлення тимчасових ортопедичних конструкцій проводилося на основі даних електроміографічного дослідження та цифрового аналізу оклюзії. Виявлялися недоліки оклюзійних параметрів у межах премолярів та молярів за допомогою активних діагностичних проб з використанням каліброваного артикуляційного паперу товщиною 6, 40 та 120 мкм та фрагментів воскових пластин товщиною від 1 до 3 мм. Їх розміщували на молярах та премолях із контролем та вимірюванням стоматологічним мікрометром товщини після проведення проб. Методом термо- вакуумформуваняя виготовлялися зубні та зубо-ясені капи з наступною їх перевіркою на пацієнтах.

   Клінічна апробація була проведена на 64 пацієнтах з включеними дефектами зубного ряду у межах премолярів та молярів. До лікування усі пацієнти були протестовані за допомогою діагностичних приладів: T-scan III Novus, BioEMG III та Т€€^п. Нами було сформовані дві групи пацієнтів по 32 особи. У першій групі заміщення дефектів зубного ряду виконувалося за звичним протоколом із контролем електроміографією перед протезуванням та після фіксації протезів. До другої групи входили пацієнти, що мали додаткові етапи, пов’язані із діагностичними пробами по визначенню вірної клінічної висоти коронок зубів у межах премолярів та молярів та виготовленням капи розробленим нами методом. Треба зазначити, що в обох випадках усі ортопедичні конструкції виготовлялися із застосуванням лицьової дуги та артикуляторів для максимальної точності та анатомічно-фізіологічної вірності. Дані електроміографічного дослідження були

проаналізовані та прорахований відсоток ефективність лікування за кожним параметром електроміографічного дослідження.

Teethan	М'язова активність скроневих та жувальних м'язів	Індекс статично стабілізуючий оклюзійний (BAR)	Наявність м'язової асиметрії лиця у межах щелепно-лицьовогу апарату	Обертаючий момент нижньої щелепи (TORS):	Коефіцієнт корисної роботи скроневих та жувальних м'язів
1 група	70%	68%	85%	75%	85%
2 група	95%	87%	93%	92%	95%

BioEMG III	Індекс симетрії передніх пучків скроневих м'язів	Індекс симетрії жувальних м'язів	Обертаючий момент нижньої щелепи	Індекс статично стабілізуючий оклюзійний
1 група	75	80	76	70
2 група	92	90	90	90

T-scan III Novus	Баланс відносних зусиль порушення балансу більш ніж на 10% відносно ліва до права	Показники часу змикання	Показники часу розмикання
1 група	23	0,512	0,589
2 група	5,2	0,343	0,321

Виходячи із даних клінічних досліджень та аналізу отриманих результатів, було виявлено високу ефективність використання електроміографії у клінічній практиці ортопедичної стоматології.

8. Однією із головних задач ортопедичної стоматології є відновлення жувальної ефективності. Ключову роль у цьому процесі відіграє форма оклюзійних поверхонь та вертикальної висота центральної оклюзії. Оклюзійні взаємовідносини зубів- антагоністів прямо залежні від загальної функції жувальної мускулатури, скронево- нижньощелепного суглобу, пародонту, рельєфу оклюзійних поверхонь зубів- антагоністів та функціонального стану організму в цілому.
9. Лікар-стоматолог, стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Лікування патології щелепно-лицьової ділянки, пов'язаної із втратою фізіологічно вірної вертикальної висоти оклюзії у наслідок вторинної адентії молярів та премолярів.
11. Індивідуальна непереносимість до матеріалів; психічні розлади в стадії загострення.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
14. Немає.

15. Ярова С.П. (0506204307), Турчененко С.О. (0992362086), Комлев А. А. (0502952569), Яров Ю.Ю. (0957797303), Новікова К.В. (0997818802).

Реєстр. № 404/6/19 1. СПОСІБ ЗНИЖЕННЯ НАБРЯКУ ТА БОЛЮ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ.

2. НДР «Розробити клініко-гнатологічне обґрунтування конструювання та використання зубних та зубо-ясенних кап при патологічному стиранні зубів, яке ускладнене дефектами зубних рядів», 0117U005429.
3. Стоматологія.
4. 2++,В.
5. Патент України на корисну модель № 133561. МПК А61С 7/20.Спосіб зниження набряку та болю після атипічного видалення ретенованих третіх молярів / Ярова С.П., Юріна Е.О., Юрін С.Є., Новикова О.М. - № u201811407; заявл. 19.11.2018; опубл. 10.04.2019. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Спосіб зниження набряку та болю після атипового видалення ретенованих третіх молярів пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних закладах (обласних, міських, районних) практичної охорони здоров'я стоматологічного профілю. Спосіб включає введення препарату Traumel S Heel внутрішньом'язово по 2,2 мл тричі: ввечері напередодні видалення зуба, за 30 хвилин до проведення маніпуляції та зранку наступного дня після операції, що дозволяє скоротити термін підготовки пацієнта до оперативного втручання, проводити превентивне введення препарату під контролем лікаря, усунуту додаткову травматизацію місцевих тканин, не вживати нестероїдні протизапальні засоби протягом всього післяопераційного періоду, або значно зменшити їх дозу. Висока поширеність (близько 65% по даним вітчизняних та зарубіжних авторів) утрудненого прорізування нижніх третіх молярів може призводити до розвитку запальних ускладнень, аномалій прикусу. Все це розширює показання до своєчасного видалення ретенованих третіх молярів в, так званому, «холодному періоді». Але часто хірургічне лікування проводиться атиповим методом, що викликає появу значного болю і набряку в післяопераційному періоді. Використання відомого способу зниження набряку, та болю при атиповому видаленні ретенованих третіх молярів, який полягає в призначенні препарату Traumel S Heel по 1 таблетці х 3 рази на день під язик до повного розсмоктування протягом 3 діб перед хірургічним втручанням, введення 1 мл препарату Traumel S Heel в слизову оболонку в області операції після видалення зуба та прийомі Traumel S Heel по 1 таблетці х 3 рази на день під язик до повного розсмоктування ще три доби в післяопераційному, призводить до подовження терміну підготовки до операції, можливості несумлінного ставлення пацієнта до прийому призначеного препарату, додатковому травмуванні тканин в ділянці хірургічного втручання та збільшенню тривалості превентивного використання лікарського засобу до 6 діб.
8. Клінічна апробація запропонованого способу була проведена у 40 пацієнтів з атиповим видаленням ретенованих третіх молярів. Контрольною групою були 30 пацієнтів, яким ввдодили Traumel S Heel відомим способом. За рахунок введення препарату Traumel S Heel внутрішньом'язово по 2,2 мл тричі: ввечері напередодні видалення зуба, за 30 хвилин до проведення маніпуляції та зранку наступного дня після операції вдалося скоротити термін підготовки до оперативного втручання на 33%, проводити превентивне введення препарату під контролем лікаря, усунути додаткову травматизацію місцевих тканин, зберігаючи ефективність дії лікарського

засобу для зниження набряку и болю після атипового видалення ретенованих третіх молярів.

9. Лікар-стоматолог, стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Для зниження набряку та болю після атипового видалення ретенованих третіх молярів.
11. Індивідуальна непереносимість до препарату Traumel S Heel.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
14. Немає.
15. Ярова С.П. (0506204307), Юріна Е.О. (0952267890), Юрін С.Є. (0503485220), Новикова О.М. (0502320515).

Реєстр. № 405/6/19 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВИСОТИ ОКЛЮЗІЇ.

2. НДР «Розробити клініко-гнатологічне обґрунтування конструювання та використання зубних та зубо-ясенних кап при патологічному стиранні зубів, яке ускладнене дефектами зубних рядів», 0117U005429.
3. Стоматологія.
4. 2++,B.
5. Патент України на корисну модель № 135989. МПК A61C 13/07. Спосіб визначення анатомо-фізіологічної висоти оклюзії / Ярова С.П., Турчененко С.О., Комлев А.А., Нечаєва І.О. - № u201902081; заявл. 01.03.2019; опубл. 25.07.2019. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Було запропоновано спосіб встановлення анатомо-фізіологічної висоти оклюзії під контролем електроміографії при стоматологічних патологіях, які сполучаються зі зміною висоти оклюзії. Метод полягає у визначенні параметрів обличчя за допомогою штангенциркуля. На шкірі обличчя позначаються точки: N - назіон (ділянка найбільшого заглиблення на шкірі, що відповідає носолобному шву), Sn - субназале (ділянка шкірного заглиблення, що відповідає переходу верхньої губи в шкірну перегородку носа), фіксується серединна лінія обличчя та відстань між точками N та Sn. При цьому виконується збільшення оклюзійної висоти в залежності від стану дефекту висоти твердих тканин зуба із використанням каліброваного артикуляційного паперу (збільшуючи кількість шарів паперу). У разі зниження оклюзійної висоти більш ніж на 1 мм використовується фотокомпозит або рідкий кофердам світлової полімеризації до приведення даних про стан м’язового апарату до норми. Всі зміни контролюються з використанням електроміографічного обладнання до врегулювання електроміографічних, анатомо-фізіологічних і гнатологічних параметрів щелепно-лицьової ділянки.

   Клінічна апробація способу була проведена на 64 пацієнтах, що мали патології пов’язані із зниженням висоти нижньої третини обличчя та висоти оклюзії. Вони були розподілені на 2 групи, до яких увійшли по 32 пацієнти, що мали зниження висоти нижньої третини обличчя та висоти оклюзії внаслідок дефектів твердих тканин (патологічне стирання зубів II-III ступеня, нераціональне протезування зубних рядів із патологічним стиранням I-III ступеня).

   У першій групі проводилися проби, після чого на основі їх даних виготовлялися непрямим методом тимчасові ортопедичні конструкції для відновлення анатомії зубів та цілісності зубних рядів. При їх встановленні відзначалося певне завищення висоти оклюзії. В цьому випадку проводилися повторні діагностичні проби із корекцією висоти коронок без урахування збереження оклюзійних контактів. Потім

вони надавалися зубному техніку на корекцію анатомії поверхонь. Після чого проводили встановлення ортопедичних конструкцій.

Перед діагностикою та після фіксації провізорних коронок у цій групі додатково проводилося електроміографічне дослідження з метою оцінки стану жувальної мускулатури.

У другій групі було застосовано запропонований нами спосіб визначення анатомо-фізіологічної висоти оклюзії під контролем електроміографії при зубних патологіях, пов'язаних із зміною висоти оклюзії. В якості матеріалу для миттєвого підняття оклюзії окремих зубів використовували фотокомпозит Latelux, що дозволяв не тільки відновлювати висоту, а також основну анатомію коронок зубів із збереженням балансу артикуляції. Після виготовлення провізорних конструкцій (із використанням лицьової дуги та артикуляру) на основі отриманих даних та фіксації їх у порожнині рота, проводилося електроміографічне дослідження.

Для перевірки вірності кінцевих даних через тиждень після фіксації провізорних конструкцій, що відновлювали висоту оклюзій та нижньої третини обличчя на висоту, встановлену внаслідок проведених проб відповідно до групи.

За результатами порівняння даних електроміографії в першій групі до та після відновлення висоти підтверджували ефективність у 70% пацієнтів на момент фіксації провізорних конструкцій, а за тиждень лише 58%. У той час, у другій групі, за даними електроміографії, успішність відновлення висоти склала 95% на момент фіксації провізорних конструкцій та 93% через тиждень.

Отримані дані підтверджують ефективність використання запропонованого нами способу визначення анатомо-фізіологічної висоти оклюзії під контролем електроміографії при зубних патологіях, пов'язаних із зміною висоти оклюзії.

8. Однією із головних задач ортопедичної стоматології є відновлення жувальної ефективності. Ключову роль у цьому процесі відіграє вертикальна висота центральної оклюзії. Оклюзійні взаємовідносини зубів-антагоністів та їх вертикальна висота прямо залежні від загальної функції жувальної мускулатури, скронево-нижньощелепного суглобу, пародонту, рельєфу оклюзійних поверхонь зубів-антагоністів та функціонального стану організму в цілому.
9. Лікар-стоматолог, стоматологічне обладнання, набір для професійної гігієни порожнини рота.
10. Лікування патології щелепно-лицьової ділянки, пов'язаною із зміною вертикальної висоти оклюзії.
11. Індивідуальна непереносимість до матеріалів; психічні розлади в стадії загострення.
12. Немає.
13. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
14. Немає.
15. Ярова С.П. (0506204307), Турчененко С.О. (0992362086), Комлев А. А. (0502952569), Яров Ю.Ю. (0957797303), Гензицька О С. (0954192232)

ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ

ПЕРЕЛІК 2019. ВИП. 6

ПРОБЛЕМИ

№ п/п	Назва проблеми	Установи-розробники	Реєстраційний номер повідомлень до Переліку
1.	Акушерство і гінекологія	ВДНЗУ БДМУ ЛНМУ НМУ ВДНЗУ УМСА УНПЦ ЕХТЕОТ ХМАПО ХНМУ	1-14 15,16 17, 18, 19 20-23 24 25, 26 27, 28, 29
2.	Анестезіологія	ЗДМУ	30, 31
		ЛНМУ УНПЦ ЕХТЕОТ	32 33
3.	Г астроентерологія	ДЗ ДМА ДВНЗ ІФНМУ ДУ НПМЦР ХНМУ	34, 35 36-40 41 42
4.	Гігієна дітей та підлітків. Гігієна праці. Професійна патологія. Гігієна харчування. Загальна гігієна. Комунальна гігієна. Радіаційна гігієна	НМАПО НМУ	43 44, 45
5.	Дерматовенерологія	ЛНМУ ХНМУ	46-49 50, 51
6.	Загальна практика - сімейна медицина	ДЗ ЗМАПО	52
7.	Ендокринологія	НМУ ВДНЗУ УМСА УНПЦ ЕХТЕОТ ХНМУ	53 54, 55 56-59 60-63
8.	Інфекційні хвороби	ВНМУ ЗДМУ ВДНЗУ УМСА ХНМУ	64 65, 66 67 68, 69
9.	Кардіологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ДЗ ЗМАПО ДВНЗ ІФНМУ НМАПО НМУ	70, 71, 72 73, 74, 75, 76 77 78, 79 80 81

		ХНМУ	82, 83, 84, 85, 86
10.	Клінічна лабораторна діагностика	ХНМУ	87
11.	Мікробіологія і вірусологія	ВНМУ НМАПО	88, 89 90, 91
12.	Наркологія та психіатрія	ДВНЗ ІФНМУ ХНМУ	92, 93 94-100
13.	Неврологія	ДЗ ЗМАПО ДВНЗ ІФНМУ ЛНМУ	101 102 103, 104
14.	Нефрологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ	105, 106 107
15.	Онкологія	ІЕПОР НІР	108-115 116-125
16.	Організація і управління охороною здоров'я	УЦНМІПЛР	126
17.	Ортопедія і травматологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ДЗ ДМА НМУ ХНМУ	127 128, 129 130 131, 132, 133 134, 135, 136
18.	Отоларингологія	ВНМУ ДЗ ДМА	137, 138. 139 140, 141
19.	Офтальмологія	ЗДМУ ДЗ ЗМАПО УНПЦ ЕХТЕОТ	142 143 144
20.	Педіатрія	ВДНЗУ БДМУ ДЗ ДМА ЗДМУ ДУ ІОЗДП ЛНМУ НМАПО НМУ ВДНЗУ УМСА УНПЦ ЕХТЕОТ ХНМУ	145-153 154 155, 156 157-162 163-169 170, 171, 172 173, 174 175, 176, 177 178 179-184
21.	Ревматологія	ВНМУ НМАПО НМУ	185-193 194 195
22.	Стоматологія	ДНМУ ДЗ ЗМАПО ДВНЗ ІФНМУ ЛНМУ НМАПО НМУ	196, 403, 404, 405 197, 198 199-218 219-223 224-228 229, 230, 231

		ОНМУ ВДНЗУ УМСА	232 233-264
23.	Судово-медична експертиза	ДВНЗ ІФНМУ ХНМУ	265 266
24.	Терапія	ВДНЗУ БДМУ ДЗ ЗМАПО ДВНЗ ІФНМУ	267, 268 269 270
25.	Урологія	ЛНМУ	271, 272
26.	Фармакологія. Фармація	ВДНЗУ БДМУ ДЗ ДМА ЗДМУ НФаУ ХНМУ	273, 274, 275 276 277-280 281-319 320, 321
27.	Фтизіатрія. Пульмонологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ЗДМУ ДЗ ЗМАПО ЛНДІ ЕГ ДУ НІФП НАМНУ ДУ НПМЦР ХНМУ	322, 323, 324 325 326 325 328, 329 330 330 332, 333
28.	Хірургія. Торакальна хірургія. Трансплантологія	ВДНЗУ БДМУ ДЗ ДМА ЗДМУ ДЗ ЗМАПО КЦТОТК ЛНМУ ДУ НІФП НАМНУ ДУ НІХТ НМАПО НМУ УНПМЦЕХТЕОТ ХМАПО ХНМУ	334 335, 336 337, 338 339 340 339 342, 343 344-348 349-358 359-369 370 371-374 375-378
29.	Хірургія серця і магістральних судин	ДУ ІС НМАПО ДУ НПМЦ ДКК	379-390 391, 392 393, 394
30.	Морфологія людини	ВДНЗУ БДМУ	395
31.	Нормальна та патологічна фізіологія	ВДНЗУ БДМУ ВНМУ ЛНМУ ВДНЗУ УМСА ХНМУ	396, 397 398 399 398 401, 402

УСТАНОВИ

Установи	Реєстраційні №№ наукових повідомлень
Вищий державний навчальний заклад України Буковинський державний медичний університет (ВДНЗУ БДМУ)	1-14 70, 71, 72 105, 106 127 145-153 267, 268 273, 274, 275 322, 323, 324 334 395 396, 397
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (ВДНЗУ УМСА)	20-23 54, 55 67 175, 176, 177 233-264 400
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (ВНМУ)	64 73, 74, 75, 76 88, 89 107 128, 129 137, 138. 139 185-193 325 398
Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України» (ДВНЗІФНМУ)	36-40 78, 79 92, 93 102 199-218 265 270
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (ДЗДМА)	34, 35 130 140, 141 154 276 335, 336
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» (ДЗЗМАПО)	52 77 101 143 197, 198

	269 327 339
Донецький національний медичний університет (ДНМУ)	196 403, 404, 405
Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (ДУ ІОЗДП)	157-162
Державна установа «Інститут серця МОЗ України» (ДУ ІС)	379-390
Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (ДУ НІФП НАМНУ)	330 342, 343
Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України (ДУ НІХТ)	344-348
Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України» (ДУ НПМЦ ДКК)	393, 394
Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України» (ДУ НПМЦ Р)	41 331
Запорізький державний медичний університет (ЗДМУ)	30, 31 65, 66 142 155, 156 277-280 326 337, 338
Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України (ІЕПОР)	108-115
Координаційний центр з трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України (КЦТОТК)	340
Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (ЛНДІ ЕГ)	328, 329

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького (ЛНМУ)	15,16 32 46-49 103, 104 163-169 219-223 271, 272 341 399
Національний інститут раку (НІР)	116-125
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (НМАПО)	43 80 90, 91 170, 171, 172 194 224-228 349-358 391, 392
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (НМУ)	17, 18, 19 44, 45 53 81 131, 132, 133 173, 174 195 229, 230, 231 359-369
Національний фармацевтичний університет (НФаУ)	281-319
Одеський національний медичний університет (ОНМУ)	232
Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України (УНПЦЕХТЕОТ)	24 33 56-59 144 178 370
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (УЦНМІПЛР)	126
Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО)	25, 26 371-374

Харківський національний медичний університет (ХНМУ)	27, 28, 29 42 50, 51 60-63 68, 69 82, 83, 84, 85, 86 87 94-100 134, 135, 136 179-184 266 320, 321 332, 333 375-378 401, 402

ЗМІСТ

стр.

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ 1-29
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ 29-33
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ 33-40
ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА 40-42
ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ 42-47
ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА 47-48
ЕНДОКРИНОЛОГІЯ 48-58
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ 58-64
КАРДІОЛОГІЯ 64-81
КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА 81-82
МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ 82-86
НАРКОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ 86-94
НЕВРОЛОГІЯ 94-97
НЕФРОЛОГІЯ 97-101
ОНКОЛОГІЯ 101-112
ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 112-113
ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ 113-123
ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ 124-128
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ 128-131
ПЕДІАТРІЯ 131-167
РЕВМАТОЛОГІЯ 167-175
СТОМАТОЛОГІЯ 175-230
СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА 230-231
ТЕРАПІЯ 231-235
УРОЛОГІЯ 235-237
ФАРМАКОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ 237-273
ФТИЗІАТРІЯ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЯ 273-287
ХІРУРГІЯ. ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ. ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ 287-325
ХІРУРГІЯ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН 325-341
МОРФОЛОГІЯ ЛЮДИНИ 341-343
НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ 343-350
ІНШІ. СТОМАТОЛОГІЯ 351-355

ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ. ПРОБЛЕМИ 356-358
ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ. УСТАНОВИ 359-362
ЗМІСТ 363